

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA II (PROCESOS COGNITIVOS)



TESIS DOCTORAL

**Propuesta de un modelo predictivo del consumo temprano de alcohol en
adolescentes**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA
PRESENTADA POR**

María José Álvarez Alonso

Directores

Rosa Jurado Barba
Gabriel Rubio Valladolid

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Básica II

Procesos cognitivos



**PROPUESTA DE UN MODELO PREDICTIVO DEL
CONSUMO TEMPRANO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES.**

El maltrato infantil y la ansiedad como variables moduladoras.

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR POR**

María José Álvarez Alonso

Bajo la dirección de los Doctores:

Rosa Jurado Barba
Gabriel Rubio Valladolid

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**PROPUESTA DE UN MODELO PREDICTIVO DEL
CONSUMO TEMPRANO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES.**

El maltrato infantil y la ansiedad como variables moduladoras.

TESIS DOCTORAL

Directores:

Rosa Jurado Barba

Gabriel Rubio Valladolid

Autora: María José Álvarez Alonso

Madrid, 2015

“But I don’t want to go among mad people,” Alice remarked.
“Oh, you can’t help that,” said the Cat: “we’re all mad here.
I’m mad. You’re mad.”
“How do you know I’m mad?” said Alice.
“You must be,” said the Cat, “or you wouldn’t have come here.”

Lewis Carroll, *Alice in Wonderland*

Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias en primer lugar a mis directores, Rosa y Gabriel, no sólo por haberme guiado en este estudio, sino también por darme la oportunidad de trabajar con ellos.

Gracias a mis padres y hermana, que me enseñaron que no siempre se alcanzan los sueños a la primera, y que me han dejado avanzar. Gracias a Juanma, mi compañero de vida, que ha sabido tener paciencia en este proceso y me anima a continuar. En este momento en el que me encuentro, debo dar las gracias a Julia, que todavía no ha llegado, pero que me ha hecho terminar lo empezado hace tantos años.

Por supuesto, agradecer a mi familia, a todos mis amigos, los de aquí y los de allí, a los que siguen estando y a los que estuvieron. A todos mis compañeros, y en general, a aquellos que me acompañan, que de alguna manera me apoyan y han hecho que sea posible terminar este trabajo.

Gracias a todos los chicos y a los profesionales que han participado en este trabajo. Quiero mencionar y agradecer en particular a David Lora, de la Unidad de Investigación del Hospital 12 de Octubre, la ayuda que me ha brindado en el análisis de datos.

ÍNDICE

SUMMARY	11
1. MARCO TEÓRICO	15
1. INTRODUCCIÓN.....	17
1.1. El problema del alcohol.....	17
1.1.1. La situación en España	20
1.1.2. Patrones de consumo en España.....	21
1.1.3. El consumo en la adolescencia	24
1.1.4. Consecuencias generales del consumo	28
1.2. El maltrato infantil.....	31
1.2.1. Prevalencia del maltrato	32
<i>Ocultación del maltrato infantil</i>	<i>33</i>
1.2.2. Tipos de maltrato infantil	33
1.2.3. Factores de riesgo	34
1.2.4. Consecuencias del maltrato	36
1.2.5. El maltrato infantil y sus efectos negativos sobre el desarrollo cerebral	39
1.3. El maltrato infantil y su relación con el consumo de alcohol	43
1.3.1. Hipótesis explicativas de la asociación entre el maltrato infantil y el desarrollo de dependencia por alcohol	45

1.3.2. Neurobiología de la adicción	47
2. JUSTIFICACIÓN.....	53
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	55
2.1. Objetivos.....	56
2.1.1. Objetivos específicos	57
2.2. Hipótesis	58
3. MARCO EXPERIMENTAL	59
3.1. MÉTODO	61
3.1.1. Diseño del estudio	61
3.1.2. Participantes	61
3.1.3. Instrumentos	65
3.1.3.1. Evaluación inicial o de cribaje de problemas relacionados con el consumo de alcohol	65
3.1.3.2. Evaluaciones del trauma infantil, de los trastornos por uso de alcohol y otros trastornos psiquiátricos	66
3.1.4. Procedimiento	71
3.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	73
4. RESULTADOS DEL ESTUDIO	77
4.1. Análisis Descriptivos	77
4.1.1. Comparación por grupos	77

<i>a) Datos socio-económicos y de consumo de sustancias</i>	<i>77</i>
<i>b) Datos sobre maltrato.....</i>	<i>82</i>
<i>c) Datos de prevalencia de trastornos psiquiátricos.....</i>	<i>82</i>
<i>d) Datos en componentes emocionales.....</i>	<i>83</i>
4.1.2. Creación de variables de consumo y policonsumo.....	84
4.1.2.1. Tablas de contingencia. Estratificación de variables.....	84
4.1.2.2. Modelos de regresión.....	87
5. DISCUSIÓN	105
5.1. Datos socio-demográficos y de consumo.....	111
5.2. Maltrato infantil	117
5.3. Trastornos psiquiátricos	127
Estrés, ansiedad y depresión.....	130
5.4. Historia familiar de consumo	137
6. CONCLUSIONES FINALES	143
6.1. Limitaciones del estudio.....	149
6.2. Puntos fuertes del estudio	151
6.3. Futuras líneas de investigación y estudio	153
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
7.REFERENCIAS	157
8. ANEXOS	185

ANEXO I	187
ANEXO II.....	191
ANEXO III.....	195

SUMMARY

1. Introduction

In the European context, Spain is one of the countries with highest prevalence of alcohol consumption and related problems. As it is taking place in other countries, alcohol and drug consumption amongst young people is suffering some changes that make it especially alarming.

Drugs use, legal or illegal, is habitual among adolescents. Their use is extended and socially accepted; alcohol and other substances have high accessibility in many circumstances and diverse contexts. The intake of drugs is commonly conducted without a realistic perception of consequences, and the age of onset is progressively decreasing.

When we search for the environment and situations in which consumptions happen, there are some causes and relationships between alcohol and drug consumption that have been greatly studied. One of the most studied relationships between substance consumption and drinking inducement among young people is childhood maltreatment, which entails a higher risk of developing an alcohol-use disorder throughout adulthood. Furthermore, the presence of psychopathological conditions or certain anxiety traits, together with living in an atmosphere of tolerance to drugs, facilitate habitually substance consumption.

In this study we intended to observe and analyse which adverse conditions along adolescent's biographies could be influencing on their behaviours and attitudes towards drug consumption. A large sample of adolescents (N=655) was employed for that purpose; teenagers from the south-east area of the city of Madrid attending Primary Care facilities (n=300) and adolescents coming from clinical programs searching for help due to excessive consumption or problems derived from alcohol and drugs intake (n=355) were recruited. Analyses were structured in 3 groups for first comparisons: group 1: adolescents showing no alcohol or drug intake, group 2: adolescents declaring using substances but presenting no problems, and group 3: adolescents consuming alcohol or other drugs that sought for help.

Our purposes were to identify their personal backgrounds regarding childhood maltreatment experiences, taking into account all types of maltreatments: sexual, physical or emotional abuse, and emotional or physical neglect, about possible presence of psychopathological conditions or particular anxiety traits, and personal antecedents of alcoholism among parents. Our final aim was to find relationships between variables and possible interactions among them. We wanted to find out whether the fact of having sought for help was an index of severity in problems related to substance consumption. Since prevalence of substance consumption was quite high in our sample, it was divided according to the pattern of consumption for further analyses. Predictive models helping to examine risk factors for consumption, chronic stages and lack of treatment adherence to rehabilitation programs were conducted.

2. Specific objectives

- ✓ To study the prevalence of consumption among a sample of adolescents (13-19 year-olds) attending Primary Care facilities and adolescents attending outpatient clinical programs searching for help due to excessive consumption, or problems derived from alcohol and drugs intake, in the city of Madrid.
- ✓ To know the prevalence of the different types of childhood maltreatment experienced among the sample and to relate natures of maltreatment to alcohol or drug consumption.
- ✓ To establish associations between the occurrence of psychopathological conditions or anxiety factors as influencing variables for the development of alcohol or drug abuse disorders.
- ✓ To remark possible family history of problems derived from alcohol consumption that could be inducing consumption behaviours among adolescents.

3. Results

Prevalence of alcohol and drug consumption was high in our sample; 82% of the total declared to consume alcohol and one quarter of the sample was polydrug user. Childhood maltreatment experiences were common among all the adolescents, although prevalence was inferior among the group of non-consumers. Adolescents with positive

consumption of alcohol showed greater incidence of all types of childhood maltreatment. The group that required treatment presented higher percentages of adverse experiences.

Low proportion of psychiatric disorders and family antecedents of alcoholism were found among non-consumers. Prevalence amongst groups 2 and 3 was similar and higher than the observed in community samples. All having positive diagnoses of anxiety disorders, ADHD or Eating Disorders were alcohol consumers. High percentages of exhibiting depressive disorders (96.5%), post-traumatic stress disorders (98.2%), borderline personality (93.6%) or the ones having a father (95.7%) or a mother (96.3%) with alcohol dependence problems were alcohol consumers.

Regarding polydrug use, around 50% of the adolescents who had a psychopathological condition showed this pattern of drug consumption. Furthermore, 74% of adolescents having a mother with alcohol dependence used several drugs, as well as 55% of teens with an alcoholic father.

Predictive models displayed strong influences into alcohol consumption and polydrug use amongst adolescents. Maltreatment experiences of physical abuse and emotional neglect increased more than 10 times the risk factors for alcohol use, and the presence of a post-traumatic stress disorder multiplied these odds by 25. Sexual abuse augmented the probabilities of polydrug consumption in 16, and the emotional neglect experiences in 11 times. Alcoholic parents had also great impact into adolescents' consumption: antecedents of alcoholism among fathers increased 3-fold alcohol consumption. Problems related with alcohol among mothers increased 17 times the odds for polydrug use.

4. Conclusions

The use of alcohol and other drugs is very common amongst adolescents in our country. Prevalence consultations show the magnitude of this statement, because one in every six adolescents show polydrug abuse, and the critical age of onset for these behaviours is between 14 and 15 years; even earlier than among other European countries. This is the reason why preventive strategies should be early implemented.

Observing styles of consumption among teenagers at the moment they start to use drugs, and examining the causes associated to those habits could be really helpful in preventive tasks and treatment. We should be aware that alcohol and drug intakes are not always fitting a period of rebelliousness, because they can be linked to adverse experiences early in life. Psychiatric conditions determine the way of facing situations and problems, and familial coexistence with a parent showing problems with alcohol will shape coping strategies in life. Those facts will increase the probabilities of finding adolescents using alcohol or drugs to manage problems.

After analysing different variables influencing adolescent's patterns of consumption, we can conclude that, for being successful in treatment programs, therapeutic approaches should always include history of childhood maltreatment, psychiatric personal history and family antecedents of alcoholism. Because those variables are actually affecting behaviours of consumption among adolescents, thus they will need deep attention in order to handle and reduce drug intake, and to prevent future substance abuse disorders.

1. MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El problema del alcohol

El consumo de alcohol y otras drogas es una de las grandes preocupaciones a escala internacional, por las graves consecuencias que produce a nivel sanitario y socioeconómico. La OMS estima que el 5% de la población adulta mundial consumió algún tipo de droga ilícita en 2010 (WHO, 2011). Si hablamos del consumo de alcohol, esta cifra crece considerablemente, por la conexión social de celebración y ocio que conlleva esta sustancia, y con la que se asocian directamente 2.5 millones de muertes cada año. En España, el consumo medio de alcohol en adultos (+15 años) entre 2003 y 2005 se estimó en 11.6 litros de alcohol puro al año, en un 21.13% de la población total. El uso de alcohol es un problema global que afecta al desarrollo social y del individuo, y es la causa a nivel fisiológico y psicológico de numerosas complicaciones para la persona y para aquellos que se encuentran a su alrededor (WHO, 2009). Sin embargo, además de las consecuencias adversas para la salud de los consumidores, debemos tener en cuenta el coste económico del tratamiento que implica ese consumo. Asimismo, debemos reparar en los años potenciales de vida perdidos, las consecuencias a nivel social que tienen estas pérdidas, y el impacto en relación a la productividad perdida que se relaciona con el consumo de sustancias. De esta manera, podremos conocer de forma más exhaustiva el alcance real de las consecuencias del abuso y de la dependencia tanto de sustancias legales como ilegales en la población general, puesto que es el tercer factor de carga económica de enfermedades a nivel mundial, y el segundo en Europa (Baumberg, 2006). Cada año se producen en Estados Unidos alrededor de 80.000 muertes debidas al consumo excesivo de alcohol (CDC, 2004), siendo la tercera causa de muerte relacionada con el estilo de vida (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004). Además, estos excesos producen en las personas 2.3 millones de años potenciales de vida perdidos, con una media de 30 años perdidos por cada muerte, y un coste económico derivado en 2006 de más de 223 mil millones de dólares (Bouchery, Harwood, Sacks, Simon, & Brewer, 2011).

En referencia al consumo en jóvenes, aproximadamente 320.000 de ellos, entre los 15 y los 29 años (9% en esta población) mueren como consecuencia directa o

indirecta del consumo y abuso de alcohol. En un estudio español, transversal poblacional, sobre la carga de enfermedad en jóvenes, realizado en 2008 y publicado en 2013 por Catalá-López y cols., se pudo observar que el abuso de alcohol es la segunda causa de carga de enfermedad en adolescentes (10.6%); además, es en los varones la primera causa de años perdidos por discapacidad (16.4%), mientras que en las mujeres es la quinta (4.3%) (Catala-Lopez, Genova-Maleras, Alvarez-Martin, Fernandez de Larrea-Baz, & Morant-Ginestar, 2013).

Poder conocer las razones que llevan al consumo de sustancias a la población general es una forma de analizar los factores implicados en el inicio, uso y abuso del consumo, que se relacionan con el individuo y su entorno, es decir, que se asocian a una serie de factores de vulnerabilidad vinculados a factores de riesgo de varios tipos: genéticos, ambientales y psicológicos.

El estudio de los factores genéticos en los últimos años ha pretendido analizar la interacción entre variables genéticas y ambientales para explicar el riesgo de dependencia alcohólica. Young-Wolff y cols. realizaron un extenso meta-análisis en el que consideraron 20 estudios de interacción genes x ambiente (Young-Wolff, Enoch, & Prescott, 2011). En 13 de ellos se evaluaron las experiencias de maltrato como variables ambientales, concluyendo que el maltrato interacciona con algunos genes implicados en la respuesta al estrés, de forma que pueden explicar la edad de inicio y el patrón de consumo de alcohol. Entre ellos, se hallaron conexiones entre un polimorfismo funcional (*5-HTTLPR*) para el gen transportador de serotonina *SLC6A4*, que parece ser consistente en su relación con el inicio en el consumo de alcohol cuando interacciona con factores ambientales de riesgo (Covault et al., 2007; Nilsson et al., 2005). Por otra parte, diferentes estudios encontraban una interacción positiva entre haber sufrido algún tipo de maltrato con el polimorfismo para la monoamino-oxidasa que representa una baja actividad de la misma (MAOA) y se relacionaba con el consumo adolescente (Ducci et al., 2008; Nilsson, Wargelius, Sjoberg, Leppert, & Orelund, 2008). Asimismo, se halló una interacción del maltrato con el gen del receptor tipo 1 de la hormona liberadora de corticotropina (*CRHRI*) en relación al abuso de alcohol en adultos (Nelson, Lynskey, Heath, Madden, & Martin, 2010; Schmid et al., 2010). También, se

observaron estudios que asociaban el maltrato con el polimorfismo para el *CRHR1* (Li, 2000; Luczak, Glatt, & Wall, 2006).

Los factores psicológicos constituyen claramente un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de una dependencia a sustancias. En concreto, de entre otros muchos factores, el hecho de no tener unas buenas capacidades para las relaciones sociales o habilidades sociales (Tomlinson, Cummins, & Brown, 2013) es un factor de riesgo claro en la adolescencia, por la búsqueda de aceptación dentro del grupo o la tendencia a dejarse incitar por compañeros al consumo. Schinke y cols. crearon una serie de programas informáticos con el objetivo de la prevención del consumo de sustancias en escuelas estadounidenses (Schinke, Schwinn, & Fang, 2010), y encontraron que, tras siete años de intervención, aquellos adolescentes que habían recibido entrenamiento en la búsqueda de nuevas formas de interactuar con sus compañeros y su entorno reportaban un menor consumo de alcohol que aquellos que no lo habían realizado, y estos entrenamientos en habilidades sociales fueron sobre todo efectivos en los adolescentes más jóvenes.

El haber sufrido algún acontecimiento traumático en la infancia también hace que aumente considerablemente el riesgo de consumo de sustancias como el alcohol, puesto que parece que el uso de sustancias en aquellas personas que han sufrido algún tipo de experiencia adversa se utilizaría como auto-medicación, como forma de afrontar las consecuencias derivadas de esas vivencias traumáticas y superar los sentimientos de pánico, depresión, estrés, ansiedad o dolor asociados (Felitti et al., 1998; Lebling, 1986; Miller, Downs, Gondoli, & Keil, 1987; Triffleman, Marmar, Delucchi, & Ronfeldt, 1995). Estas estrategias de afrontamiento desadaptativas son muy comunes en aquellas personas que han sufrido malos tratos; parece que las mujeres que han sufrido negligencia por parte de sus cuidadores muestran una mayor predisposición al consumo de drogas, así como las mujeres y los varones que sufrieron maltratos físicos (Huang et al., 2011).

Por otro lado, los factores ambientales pueden ser especialmente decisivos, por ejemplo la probabilidad de tener el acceso y la oportunidad de consumo. Para los adolescentes que viven en entornos en los que los compañeros o iguales consumen,

observan el mismo en su círculo familiar o de convivencia, o advierten a nivel de barrio o comunidad el consumo de sustancias tanto legales como ilegales, el consumo es más probable y suele iniciarse a edades más tempranas (Rothman, Edwards, Heeren, & Hingson, 2008). Además, si a estos factores añadimos el hecho de vivir en una familia desestructurada, o en la que no existe un control paterno sobre las conductas, y una alta tolerancia al consumo de alcohol (Wilks, Callan, & Austin, 1989), el riesgo será aún mayor.

1.1.1. La situación en España

El alcohol forma parte de la vida diaria de muchas personas en todo el mundo. Un consumo responsable se considera saludable si se realiza con moderación y dentro de un estilo de vida equilibrado. Tradicionalmente el alcohol ha formado parte de algunas dietas llamadas mediterráneas y de las celebraciones y festejos en ciertas culturas. El patrón de consumo, sin embargo, ha ido variando a lo largo de los años, llegando a convertirse para ciertas personas en un problema con graves consecuencias a nivel sanitario, social y económico.

Desde el contexto Europeo, España es uno de los países con mayor prevalencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol (Anderson & Baumberg, 2006). Al igual que en otros países de nuestro entorno, el consumo de alcohol por parte de los jóvenes está experimentando una serie de cambios que lo hacen especialmente preocupante. En España se ha pasado de un consumo llamado “*mediterráneo*” de alcohol, es decir, como acompañamiento de las comidas; diario y en bajas dosis y asociado a momentos de celebración, a un patrón “*anglosajón*” de consumo masivo y en forma de atracón en el que se busca la embriaguez en poco tiempo (Cruz Roja Española, 2010).

Sin embargo, los cambios en los últimos años no sólo se han producido en los patrones de consumo de sustancias legales, sino que además, el patrón de consumo de drogas ilegales ha cambiado, pasando de ser indicador de relación con las poblaciones marginales, a estar vinculado a usos recreativos y de socialización, y ser consumidas por

individuos perfectamente adaptados que se inician cada vez más pronto en su consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

1.1.2. Patrones de consumo en España

El consumo de drogas hasta la década de 1970 aproximadamente, se enmarcaba en España en el consumo de alcohol y tabaco en varones adultos, sin embargo, con la incorporación de la mujer a la vida laboral activa fuera del hogar, se amplió el consumo a este colectivo. También, el nuevo modelo social que se ha ido creando, en el que se han aumentado las salidas y el tiempo de ocio desde edades cada vez más tempranas, ha hecho que el alcohol haya sido accesible a jóvenes y adolescentes. En estos nuevos modelos de consumo el alcohol se comenzó a utilizar con fines lúdicos y sociabilizadores, con vinculación, no sólo al consumo de tabaco, sino también a otro tipo de drogas, resultando el nuevo patrón en un policonsumo que se ha convertido poco a poco en algo habitual, aunque ha continuado siendo el alcohol la droga de referencia. Existe además una alta tolerancia social y promoción del consumo de alcohol, que suele minimizar las graves consecuencias que éste tiene a todos los niveles tanto intra como interpersonales (Doran, Hall, Shakeshaft, Vos, & Cobiac, 2010).

Con el fin de unificar criterios en cuanto al consumo de alcohol, la Organización Mundial de la Salud estipuló su medida a través de la “Unidad de Bebida Estándar (U.B.E.)”. Cada U.B.E. supone entre 8 y 13 gramos de alcohol puro. Con una U.B.E. se mide la cantidad de alcohol puro, no la cantidad de líquido que se bebe. Las medidas de alcohol en España se definen como cualquier bebida que contenga 14 gramos de alcohol puro (esto es, 350ml de cerveza, 150ml de vino o 45ml de alcohol destilado). A partir de esta definición se matizan los patrones de consumo de alcohol, entre los que encontramos que uno de los más comunes es el consumo en forma de atracón o *binge drinking*. Este se define como el consumo de 4 o más bebidas en alrededor de 2 horas en mujeres y 5 o más en hombres ("National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ", 2004). La prevalencia en EEUU en 2012 de este tipo de patrón de consumo fue del 24.6% de los mayores de 18 años y de un 15% entre los jóvenes entre los 12 y los 20 (16.5% de chicos y un 14% de chicas).

Otro patrón muy común es el de consumo excesivo de alcohol, definido como el consumo de más de una bebida al día como media en mujeres y más de 2 en hombres.

Estos estilos de consumo actuales tienen una serie de características, que están especificadas en los textos del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), “Redes familiares y prevención” (Peiró Ripoll, 2003) y que se describen a continuación:

- ✓ El patrón de consumo es relativamente nuevo; se inicia en la década de los 90 del pasado siglo.
- ✓ Este nuevo modelo de consumo se produce en un entorno lúdico y de experimentación en el que predomina el policonsumo. Suele realizarse fuera del hogar, predominantemente por la noche y en grandes cantidades, incrementándose por lo tanto las conductas de riesgo asociadas (accidentes, violencia, embarazos no deseados, etc.).
- ✓ El consumo se asocia al tiempo libre y a las relaciones sociales. Además, el espacio y tiempo de ocio se considera como un derecho fundamental del individuo.
- ✓ Es un fenómeno cultural, en el que ya no se consume en entornos de marginalidad, sino de forma normalizada.
- ✓ La percepción de riesgo dentro de ese consumo es baja, tanto para los jóvenes como para el resto de la población adulta.
- ✓ Está influido por la presión del grupo; el consumo se convierte en un factor de unión y de pertenencia al grupo.
- ✓ Edad de inicio temprana e incorporación femenina en el consumo habitual.
- ✓ Fenómeno de las sociedades más industrializadas, que se mueven en el entorno de una industria de ocio muy atractiva.

Existen dos encuestas a nivel estatal en nuestro país que se realizan bianualmente y que nos refieren datos epidemiológicos de consumo de sustancias, tanto en población general (EDADES, 2011-2012) (dirigida a población de 15 a 64 años) como en adolescentes (ESTUDES, 2012-2013). Según la encuesta domiciliaria sobre alcohol y droga en población general (EDADES), sondeo incluido en el Plan Estadístico Nacional, de 2011, un 76.6% de la población (un 83.2% de hombres y un 69.9 de

mujeres) consumió alcohol en los últimos 12 meses, un 62.3% refiere haberlo hecho en los últimos 30 días y un 10.2% declara consumirlo diariamente. La edad media de inicio de consumo de alcohol se situó en los 16.7 años. Únicamente un 11.1% de hombres y un 19.7% de mujeres señalan no haber consumido nunca alcohol u otras drogas. Asimismo, el 40.7% de la población española declara ser consumidora de más de una sustancia.

En cambio, los datos específicos de la población juvenil española, procedentes de la encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES), en su última edición de 2010, indican que las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. El 75.1% de los encuestados declaran haber consumido alcohol alguna vez en la vida (74.9 de varones; 75.2 % de mujeres), el 39.8% el tabaco y un 33% el cannabis. El porcentaje de aquellos que han consumido alcohol en los últimos 12 meses es del 73.6%, un 63% refieren haber bebido en los últimos 30 días, con una media de inicio de 13.7 años. El porcentaje de consumidores por edades fue de 48.0% a los 14 años, 80.3% a los 16 años y un 86.4% a los 18 años.

Uno de los patrones de consumo más preocupantes y que tiene un apartado específico en la encuesta es el del “consumo intenso” expresado por la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días y que reflejaba que el 58.8% (36.4% de los chicos y 34.8% de las chicas) de los jóvenes refería haberse embriagado siguiendo un patrón de consumo en forma de atracón en el mes previo a la encuesta “ESTUDES” (ESTUDES, 2012-2013). El “*binge drinking*” o consumo de bebida en forma de atracón significa el consumo de más de 5 unidades de bebida alcohólica en chicos y 4 o más en chicas por ocasión, que suele estar definida por un intervalo de tiempo de 2 horas (The National Longitudinal Study of Adolescent Health, 2008), aunque esta definición ha variado en algunos estudios (Parada et al., 2011). Podría afirmarse por lo tanto que más de un tercio de los adolescentes españoles cumpliría criterios para el consumo de riesgo y/o de abuso de alcohol en el mes previo a la realización de este tipo de encuestas (adoptando los criterios utilizados en población adulta). Este tipo de consumo de alcohol realizado por los jóvenes tiene su correlato en la población adulta. Aunque los datos epidemiológicos de nuestro país no permiten conocer con exactitud la prevalencia de

trastornos por uso de alcohol (abuso y dependencia por alcohol) por no haber estudios específicos a gran escala, basándonos en los datos procedentes de estudios epidemiológicos americanos se estima que el 12,5% y el 17,8% de la población adulta cumple criterios de dependencia alcohólica y de abuso de alcohol respectivamente (Hasin, Stinson, Ogburn, & Grant, 2007).

Un estudio de seguimiento durante 29 años de los patrones de consumo de alcohol en forma de *binge drinking*, con inicio en la adolescencia, realizado en Australia, encuentra que el 90% de los hombres y el 70% de las mujeres que iniciaron este patrón de consumo de alcohol durante la adolescencia lo mantienen en su edad adulta (Degenhardt et al., 2013). Lo más preocupante en este sentido es que la gran mayoría de los adolescentes no conciben el consumo en forma de atracón como peligroso, a pesar de que es una de las tres principales causas de muerte evitable y que es responsable de más de 79.000 muertes en Estados Unidos cada año (CDC, 2004; López, 2006). Iniciarse en el consumo de alcohol combinándolo con otras sustancias y hacer un consumo excesivo en forma de *binge drinking* tendrá por lo tanto una serie de consecuencias adversas que influirán en el correcto desarrollo del joven y que harán que se mantenga la adicción durante la edad adulta.

1.1.3. El consumo en la adolescencia

La adolescencia es un período de transición, en el que los cambios en el propio cuerpo, los afectos y el entorno social hacen que todo el contexto en el que se mueven las personas a estas edades tenga influencia en sus comportamientos. Por lo tanto, en sus conductas y tomas de decisiones influirán tanto el propio desarrollo como los compañeros, las recompensas sociales ofrecidas por los iguales (Teunissen et al., 2012), la comunidad en la que se vive y la familia (Shin, Hong, & Wills, 2012), al obtener una imagen social agradable o deseada.

En varios estudios se ha buscado la asociación entre el consumo de adolescentes, tanto de alcohol como de sustancias ilegales y el tipo de consecuencias adyacentes que tienen estos hábitos. Entre las conclusiones de esos estudios se ha encontrado que el consumo de sustancias está directamente relacionado con los accidentes de tráfico,

siendo ésta la primera causa de muerte en adolescentes en los Estados Unidos (Miniño, 2010). En España, en la encuesta de ESTUDES (2010), entre las conductas de riesgo que se relacionan con el consumo de bebidas alcohólicas, es la conducción de vehículos la que mayor porcentaje presenta; el 21.3% de los estudiantes reconoció haber sido pasajero en vehículos conducidos bajo efectos del alcohol, e incluso un 7.3% reconoció haber conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol, aumentando el número de ellos con la edad, puesto que el 31.9% de los estudiantes de 18 años declaraban haberlo realizado en alguna ocasión.

Otra conducta de riesgo asociada al consumo de alcohol es la disposición a tener relaciones sexuales sin protección, con la consecuente exposición a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, así como posibles vivencias de situaciones de abuso o agresión (Bonomo et al., 2001). También el consumo de sustancias está íntimamente relacionado con los problemas en la escuela; un descenso del rendimiento académico, ausentismo escolar o abandono de estudios. Asimismo, el consumo se asocia con una nutrición deficiente y diversos problemas de carácter psicológico (Schinke, et al., 2010).

Aunque siempre ha existido un sesgo relacionado con el género: mayor consumo en varones frente a mujeres, las tendencias socio-demográficas de igualdad entre géneros han provocado que el consumo esté pareado, habiéndose observado en los últimos años un aumento del consumo en las mujeres, al menos en las sociedades occidentales. La aparición de la llamada “cultura juvenil” también ha ayudado a la generalización del consumo. Los rápidos cambios socioeconómicos que hemos vivido en las últimas décadas han provocado un cambio social de consumo de sustancias. Aunque parece que las chicas consumen en menor cantidad que los chicos, según las encuestas escolares realizadas a nivel europeo a través del *Proyecto Europeo de sondeo en colegios sobre el alcohol y otras drogas* (ESPAD, 2011), que se dirigían a alumnos entre 15 y 16 años, se encontró que el 70 % de los estudiantes había consumido alcohol alguna vez. Se halló una media de un 87% de consumidores en la encuesta de 2011. En el último año, un 79% de los estudiantes declaró haber bebido, y un 57% haberlo hecho en los últimos 30 días. El consumo de alcohol fue mayor en los varones que en las chicas en 15 de los 37 países, y en tres países nórdicos el consumo en los últimos 30

días fue mayor entre las chicas, aunque en cantidad, los chicos beben de media más que las chicas en todos los países (medias en 2011 de 5.8 y 4.3 centilitros, respectivamente, del 100% de alcohol). En la encuesta estatal realizada en España (ESTUDES, 2010) también se encontraron consumos algo mayores entre las chicas (63.2 % frente a un 62.7% en varones).

En todas las encuestas realizadas a nivel estatal o internacional se incluyen datos del consumo en forma de atracón o “*binge drinking*”. Observándose que el número de chicas que ha utilizado este tipo de patrón de bebida ha aumentado bastante, desde el 29% en 1995 al 41% en 2007, aunque en la encuesta de 2011 el porcentaje baja al 38%, el porcentaje de chicos que habían tenido conductas de atracón fue del 43% (45% en 2007, 41% en 1995). Por lo tanto, los puntos porcentuales de diferencia entre géneros han bajado de 12 en 1995 a 5 en 2011 en 22 de los países encuestados, en uno el porcentaje de chicas era mayor, y en tres de ellos similar.

Aparentemente, por lo tanto, el contexto social y cultural en España promueve y favorece el uso del alcohol (Plant, Plant, Miller, Gmel, & Kuntsche, 2009). Además, el fenómeno llamado “*botellón*” (consumo en gran cantidad de bebidas alcohólicas en la calle) ha hecho accesible el alcohol a jóvenes desde muy tempranas edades, al que se unen el consumo de otras sustancias, como son el tabaco y el cannabis.

A esta situación se añade el hecho de que la percepción del riesgo de consumo de drogas ha cambiado en los últimos años; existe una percepción más benigna y cotidiana del consumo, que forma parte ya de un modelo “normalizado” de ocio (Megías & Elzo, 2006; Rodríguez, Ballesteros, Megías, & Rodríguez, 2008). En resumen, al tipo de consumo como forma de experimentación y de relación social se le asocian factores de riesgo propios de la adolescencia, también recogidos en el Plan Nacional Sobre Drogas, que se asocian principalmente a:

- ✓ Factores relacionados con el entorno social (macro-sociales). Dependiendo del contexto en el que se ha educado o ha crecido la persona, la influencia que sobre ella tengan los medios de comunicación, el ambiente, las normas o valores sociales, serán diferentes. En ciertos entornos, la disponibilidad de sustancias será

mayor o menor, así como la posibilidad de generar un ocio distanciado del consumo de alcohol y otras drogas.

- ✓ Factores de riesgo en su entorno cercano (micro-sociales). Las personas crecen y se desarrollan en un ambiente particular en el que las normas de convivencia, relación y adaptación dependen de la familia, escuela o el grupo de iguales.
- ✓ Factores de personalidad (personales). Las características de personalidad y particularidades de cada persona favorecerán el que ésta adquiera o no ciertos patrones de conducta o consumo.
- ✓ Factores de riesgo escolar. El fracaso escolar o el bajo rendimiento académico son factores de alto riesgo para el consumo de sustancias o la conducta delincuente. El abandono escolar o el absentismo, fomentan conductas de riesgo. También las conductas antisociales o el aislamiento dentro de la escuela podrían dar lugar a ciertos problemas durante la adolescencia.
- ✓ Factores de riesgo familiar. El convivir con el consumo de alcohol o drogas dentro de la familia es uno de los mayores factores de riesgo para incluir esos patrones de consumo en un hábito propio. Los padres que se muestran tolerantes hacia el consumo también estarán favoreciendo una mayor probabilidad de conductas de consumo en sus hijos, así como aquellas familias en las que se utiliza la violencia o el castigo excesivo. El modelado de conductas parece que juega un papel importante en la adquisición de hábitos y comportamientos. Tener un modelo de referencia adecuado a las circunstancias y edad de cada adolescente será una influencia importante a la hora de no mantener o adquirir conductas de consumo. El conflicto dentro de la propia familia, las situaciones violentas o las situaciones de maltrato son de gran importancia como factor de riesgo.

El consumo de sustancias ya sea alcohol, u otras drogas, durante la etapa de desarrollo, influirá en ese mismo desarrollo, tanto físico como intelectual o afectivo, por lo que, tanto el tipo de relaciones, como los estilos de aprendizaje, la salud o la interacción con el entorno en general se verán afectados. Son muchas las evidencias que indican que el uso de alcohol en jóvenes está determinado por múltiples factores psicosociales localizados en diferentes niveles ecológicos. Podemos encontrar un resumen esquemático de éstos en la Figura 1. Entre los factores más próximos al

adolescente se encuentran los genéticos (Young-Wolff, et al., 2011), temperamentales (Brody, Flor, Hollett-Wright, McCoy, & Donovan, 1999) y la historia familiar de alcoholismo (Capaldi, Stoolmiller, Kim, & Yoerger, 2009). Entre los más distales se han señalado la red de apoyo social o comunitaria y el uso de drogas por parte de los compañeros (Stockdale et al., 2007); la disponibilidad/facilidad para el consumo (Nathan et al., 2009) y la edad legal a la que se permite el uso de alcohol (Casswell, Pledger, & Pratap, 2002). Pero de todos estos factores, las situaciones de maltrato ocurridas durante la infancia-adolescencia son las que mayor riesgo tienen para el desarrollo de trastornos por uso de alcohol durante la adolescencia y la edad adulta (Diaz et al., 2008; Dube et al., 2006; Hussey, Chang, & Kotch, 2006; Shin, Edwards, & Heeren, 2009).

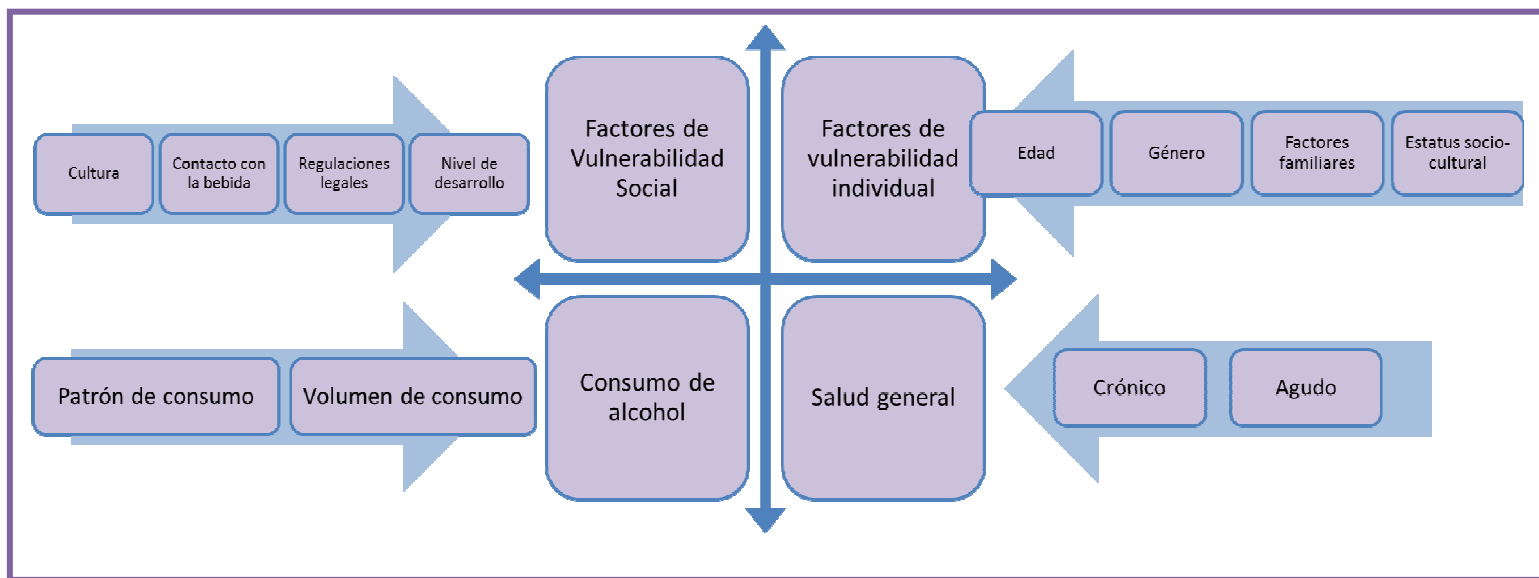


Figura 1. *Relaciones entre consumo y entorno.*

Adaptado de Rehm y cols.

1.1.4. Consecuencias generales del consumo

Las consecuencias de este común patrón de abuso de alcohol son también preocupantes, ya que, a pesar de desconocer qué sujetos desarrollaran dependencia al alcohol cuando sean adultos, se sabe que es atribuible al alcohol más del 10% la

mortalidad de las mujeres jóvenes y alrededor del 25% de la de los varones jóvenes (Anderson & Baumberg, 2006).

El comienzo en la experimentación y en consumo excesivo de alcohol a edades muy tempranas se asocia directamente con un elevado riesgo de desarrollar un trastorno de abuso de sustancias y problemas relacionados con la salud (Grant, Stinson, & Harford, 2001). Además, las conductas de agresión, accidentes de circulación, sexo sin protección o vandalismo están directamente relacionadas con ese consumo masivo de alcohol (Bonomo, et al., 2001; Chou et al., 2006; Temple, Shorey, Fite, Stuart, & Le, 2013). Las consecuencias más comunes entre aquellos jóvenes que habían consumido alcohol en los últimos 12 meses se relacionaron con bajo rendimiento académico en un 12%, el mismo porcentaje de chicos y chicas que declararon haber tenido problemas con amigos o familiares, aunque son los varones quienes se ven más a menudo envueltos en peleas y problemas con la policía (Ham & Hope, 2003).

Del mismo modo, otro tipo de consecuencias a largo plazo se relacionan con este tipo de consumo de alcohol, por ejemplo la obesidad, la alta presión arterial (Oesterle et al., 2004), o los dolores de cabeza (Miller, Naimi, Brewer, & Jones, 2007), las dificultades para la concentración y la presencia de un bajo rendimiento académico por problemas en el aprendizaje (Hill, White, Chung, Hawkins, & Catalano, 2000) y la memorización (Plant, et al., 2009; Zeigler et al., 2005)

En estudios norteamericanos se ha observado que la magnitud de la problemática del consumo de alcohol en niños y adolescentes es mucho mayor de lo que en principio se podría llegar a pensar, puesto que cuatro de cada diez adolescentes de entre 13 y 15 años ya han probado alguna droga. Esas cifras aumentan en los años sucesivos, ya que en el último curso del instituto (17-18 años) son más de la mitad quienes declaran haberlas probado (Johnston & O'Malley, 2012; Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2008).

Aunque el alcohol es una sustancia legal, parece que sus efectos se extienden en términos psicológicos, sociales y económicos de tal manera que la autora australiana G.A. Lee llega a concluir que sus efectos son más peligrosos que los de la heroína, y

que éstos no sólo repercuten en el individuo, sino también en toda la comunidad (Lee & Forsythe, 2011) .

1.2. El maltrato infantil

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y suele tener múltiples consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia presentan un mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como realizar o ser víctimas de actos de violencia, de consumo de sustancias, estados depresivos, de padecer obesidad o tener comportamientos sexuales de alto riesgo (Arnow, 2004). A través de estas consecuencias en la conducta y la salud mental, el maltrato puede contribuir al padecimiento de diversas enfermedades, tentativas de suicidio e infecciones de transmisión sexual. Además, el haber sido víctima de malos tratos hace que el riesgo de convertirse en un futuro maltratador por parte de los varones o en víctima de futuros abusos en el caso de las mujeres aumente, perpetuando de esta manera las situaciones de maltrato (Wolfe, Scott, Wekerle, & Pittman, 2001).

La OMS, en su dossier sobre “Prevención del maltrato infantil. Qué hacer, y cómo obtener evidencias” (WHO, 2014), define el maltrato infantil como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil”. Se habla de maltrato infantil en diferentes contextos, ya que puede aparecer dentro del seno familiar, en la escuela o en su entorno más inmediato, perpetrado por padres, maestros, cuidadores, sanitarios, conocidos, o iguales.

Otra de las posibles definiciones de maltrato es la ofrecida por el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Observatorio de la Infancia, 2006), en la que los malos tratos en la infancia se conceptualizan como la “acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y

su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

1.2.1. Prevalencia del maltrato

En España no disponemos de datos claros sobre prevalencia del maltrato infantil a pesar de que es uno de los más graves problemas sociales. Cada Comunidad Autónoma recoge los datos desde el Servicio de Protección de Menores a partir de la notificación de expedientes. Existen datos de los años 1991-92 en los que se recogía una prevalencia de maltrato de 0.44 por mil (Saldaña, 1995), aunque ya en 2006, la cifra aumenta hasta reconocerse el uno por mil. En cambio, los números que se barajan en otros países son mucho mayores: del 12.4 por mil en EEUU por ejemplo, o del 2.7 en el Reino Unido (Creighton, 2004). El Ministerio de Sanidad es el que se ocupa de recoger el número de casos de maltrato por Comunidades, según 4 tipos específicos: abuso sexual; maltrato físico; maltrato psicológico y negligencia en el cuidado. Es este último tipo de maltrato el más frecuente en todas las Comunidades Autónomas y representa entre el 46 y el 78% de los casos denunciados.

En 2002, el Centro Reina Sofía realizó un estudio epidemiológico a escala nacional sobre los expedientes de menores abiertos por los Servicios Sociales entre los años 1997 y 1998 y en ellos se confirmó la existencia de 11.148 menores víctimas de maltrato en el ámbito familiar. El 86,37% de estos menores sufría negligencia, el 35,38% maltrato psicológico, el 19,91% maltrato físico y el 3,55% abuso sexual. Los niños menores de un año eran quienes presentaban un mayor riesgo de sufrir maltrato. En cuanto al sexo de las víctimas, el 53% eran varones y el 47% chicas (Centro Reina Sofía, 2002).

No disponemos de datos epidemiológicos sobre el maltrato en población general en España, aunque los estudios poblacionales como el *National Comorbidity Survey Replication* ("National Comorbidity Survey (NCS),") realizados en población adulta estadounidense, indican que el 53% de los entrevistados refería haber sufrido una situación estresante antes de los 18 años de edad, el 5.6% consideró haber sufrido negligencia en el cuidado, el 8,4% refirió abuso físico y el 6% abuso sexual (Green et

al., 2010). En un estudio retrospectivo realizado en 17.337 adultos pertenecientes a una compañía americana de salud, se observó que el 16% de los varones y el 25% de las mujeres refirieron haber sufrido abusos sexuales durante su infancia (Dube et al., 2005). En otro estudio americano, se examinó a un grupo de 1.000 mujeres mayores de 21 años, representativas de la población general y se concluyó que los porcentajes de abuso sexual se situaban entre el 15 y el 26% (Vogeltanz et al., 1999), por lo que seguramente los datos de prevalencia que encontraríamos en España, en población general podrían ser cercanos a estos datos, y por lo tanto, bastante preocupantes.

Ocultación del maltrato infantil

Se calcula que tan sólo un 20% de los casos de maltrato infantil son denunciados (Creighton, 2004), por la propia naturaleza del problema, por los tabúes sociales, la formación insuficiente de profesionales, el miedo a la denuncia, pero sobre todo debido a que debemos tener en cuenta que no existe un criterio homogéneo para la definición de los malos tratos y cada tipo de abuso o negligencia. Esto hace que en determinadas encuestas se incluyan o se obvien ciertas circunstancias que se incluirían o no como casos de malos tratos según se trate de uno u otro profesional, y que en ocasiones, las víctimas o su entorno no clasifican como maltrato.

1.2.2. Tipos de maltrato infantil

Las estimaciones del número de casos que encontramos de cada tipo de maltrato varían mucho según el tipo de definición de maltrato que utilicemos y de la forma en la que se recoja la información (encuestas retrospectivas, en niños o adultos, padres o profesores), dando lugar a los diferentes porcentajes de prevalencia que encontramos en los distintos estudios realizados (Briere & Elliott, 2003; Creighton, 2004). Los factores y diferencias culturales también son importantes a la hora de definir el maltrato, y esto se torna más difícil si hablamos de maltrato emocional, en el que el contexto y la edad del niño deberán estar muy presentes. También es importante especificar que cuando un niño sufre un tipo de maltrato, aumenta la probabilidad de que además sea víctima de otro tipo de maltrato, por ejemplo, cuando encontramos que un niño ha sufrido algún

tipo de maltrato emocional, no es poco común que lo encontremos asociado otro tipo de maltrato.

En el Informe mundial sobre la violencia y la salud y la Consulta de la OMS sobre la prevención del abuso infantil ("Consulta de la OMS sobre la prevención del maltrato infantil," 1999) se distinguen cuatro tipos de maltrato infantil:

- ✓ **Negligencia en el cuidado:** se corresponde con la falta de supervisión y/o de provisión de cuidados hacia los hijos, en uno o más aspectos en referencia a la salud, educación, nutrición, condiciones de vida segura o desarrollo emocional del niño o niña.
- ✓ **Abuso físico:** como consecuencia de la conducta de otro se les provoca daños o lesiones corporales a los niños, en el uso deliberado de la fuerza física, con perjuicios para la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño.
- ✓ **Abuso sexual:** cuando se mantienen relaciones sexuales con niños, con o sin penetración, o se les explota sexualmente, transgrediendo leyes y tabúes sociales, haciendo participar al niño en actividades sexuales que no comprende o que no puede consentir por no estar suficientemente desarrollado o a las que no accede libremente sino por coacción de algún adulto o niño.
- ✓ **Abuso emocional:** como consecuencia de la conducta del adulto se provoca inestabilidad emocional en el niño, hostilidad y rechazo, o se impide que el niño desarrolle interacciones sociales adecuadas (por ejemplo por la existencia de violencia doméstica, por utilizar a los niños para satisfacer las necesidades del adulto o impidiéndoles una correcta socialización). Se incluyen en esta categoría: las restricciones de movimientos, el menosprecio continuado, la culpabilización, las amenazas, los actos de terror, la discriminación o ridiculización, y otras variantes no físicas de rechazo o de trato hostil.

1.2.3. Factores de riesgo

Algunos de los factores que aumentan la vulnerabilidad del niño ante el maltrato son la edad y el género. Los niños y niñas más pequeños son susceptibles de padecer un mayor grado de maltrato. Las niñas presentan un mayor riesgo de abuso sexual que los

niños (Moran, Vuchinich, & Hall, 2004), y éstos de padecer maltrato físico. Aquellos niños que padecen alguna enfermedad son susceptibles de presentar mayor magnitud de maltrato, tanto físico como emocional. Hay una probabilidad más alta de maltrato en familias de padres muy jóvenes, y sin formación, así como en las familias desestructuradas o sin recursos. Parece que además, el haber sufrido maltrato de niño hace que aumenten las posibilidades de convertirse en un maltratador (Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers, & O'Brien, 2007); aunque esto no ha sido suficientemente probado, sí que hay ciertas características de personalidad de los padres o cuidadores, como la impulsividad, el estrés, trastornos psiquiátricos, o abuso de sustancias, que influyen en la presencia de maltrato (Anda et al., 2002). Vivir en un entorno de pobreza, con altos niveles de desempleo o violencia, en el que puede existir el hacinamiento o existe un bajo nivel de capital social en la comunidad, aumenta el riesgo de maltrato (Centro Reina Sofía, 2001a). Factores sociales, valores culturales, oportunidades económicas, desigualdad en relación al género también se vinculan al maltrato de menores (Arruabarrena & De Paúl, 2001; Auerbach-Walker, 1988).

Según la OMS, los factores de riesgo podrían agruparse en tres áreas:

- ✓ Factores relacionados con el niño: la edad del niño o el tener necesidades especiales aumentan en gran medida la probabilidad de sufrir maltrato. Tienen mayor riesgo de padecer maltrato los niños que presentan problemas de conducta, trastornos psicológicos que comportan dificultades en el procesamiento cognitivo, problemas de salud, o alguna discapacidad (física, intelectual o sensorial).
- ✓ Factores relacionados con los padres o cuidadores: se incrementa el riesgo de maltrato cuando los cuidadores han tenido antecedentes personales de maltrato, consumen algún tipo de sustancia, son muy jóvenes, tienen dificultades económicas o alguna enfermedad psiquiátrica. El no ser capaz de desarrollar un vínculo afectivo con el niño, la existencia de violencia en la familia o la falta de una red de apoyo, también aumenta el riesgo, así como los diferentes estilos de crianza; el negligente y el autoritario son los que correlacionan positivamente con el maltrato, así como los problemas de autoestima, la angustia personal y el desarrollo de sentimientos negativos (como ansiedad, ira, depresión y

hostilidad). Los agresores suelen experimentar mayores niveles de estrés, se sienten más aislados y solos, y tienen menor capacidad para utilizar los recursos individuales y sociales de los que disponen (Echeburúa & De Corral, 1998; Milner, 1990; Wolfe, 1985). Entre los factores cognitivos hay que destacar principalmente dos: las expectativas inapropiadas respecto del menor lo que provoca, a su vez, problemas en la manera en que interpretan las señales sociales que provienen de su entorno, sobre todo en lo que se refiere al rendimiento escolar o a logros evolutivos. Y por otra parte, una interpretación inadecuada de la información social referente al menor, lo que hace que al adulto le sea cada vez más difícil empatizar con él. Entre los factores de tipo conductual cabe señalar el comportamiento impulsivo, la dificultad para manejar emociones negativas, la falta de comunicación e interacción con el menor y los altos niveles de exigencia. Por último, cabe destacar la correlación positiva existente entre el consumo de sustancias tóxicas (drogas, antidepresivos y alcohol) y el maltrato infantil (Arruabarrena & De Paúl, 2001; Centro Reina Sofía, 2002). Rothman y cols., sugieren que, en los hogares en los que niños vivencian situaciones adversas, el control paterno suele ser menor, por lo que las oportunidades para el consumo del alcohol son mayores, así que el consumo no tiene por qué estar directamente relacionado con el trauma (Rothman, et al., 2008).

- ✓ Factores sociales y comunitarios o socioculturales: la presencia de desigualdades de género, la disponibilidad de alcohol u otras drogas, la falta de una vivienda adecuada o servicios de apoyo, las diferentes normas sociales o culturales, y un estatus socioeconómico bajo, entre otros, pueden hacer que aumente el riesgo de maltrato

1.2.4. Consecuencias del maltrato

Más allá de sus consecuencias sanitarias y sociales, el maltrato infantil tiene un impacto económico que abarca los costos de la hospitalización, de los tratamientos por motivos de salud mental, de los servicios sociales para la infancia y los gastos sanitarios a largo plazo. Así pues, el maltrato tiene múltiples consecuencias económicas, tanto a nivel macrosocial, en cuanto a cargas económicas derivadas de las secuelas del maltrato,

como a nivel microsocioal, debido a las cargas para la salud, por la multitud de enfermedades que se relacionan directamente con el maltrato infantil: enfermedades cardiovasculares, cáncer, fibromialgia, trastornos psiquiátricos o implicación en conductas de riesgo o suicidas (Battle et al., 2004; Becker & Grilo, 2011; Dube, et al., 2005; Van Niel, Pachter, Wade, Felitti, & Stein, 2014).

Es importante tener en cuenta que las consecuencias del maltrato estarán íntimamente relacionadas con la duración y severidad de éste, la relación que el niño tiene con el maltratador o el grado de desarrollo tanto físico como psicológico del niño. Las secuelas que entrañen ese maltrato y todos los factores que rodean al niño, a su vez influirán en el tipo y la gravedad de las manifestaciones tanto clínicas como emocionales o de la conducta de quienes han recibido el maltrato.

Los costes a nivel macrosocioal se ven aumentados por la pérdida de productividad, la discapacidad, las consecuencias en cuanto a una peor calidad de vida e incluso muerte prematura, que se puede encontrar en aquellos que han sufrido maltrato siendo niños. Los costes penales y judiciales de aquellos que infligen el maltrato, la asistencia médica, social, psicológica y la protección de niños maltratados tienen un alto coste para la sociedad. El absentismo escolar, el bajo rendimiento y los costes derivados del sistema educativo y de empleo posterior; la carga financiera es muy grande cuando se realizan estimaciones de todas las cargas que genera el maltrato a menores (Gilbert et al., 2009).

A nivel psicológico, el niño construirá unos vínculos de apego inseguros, que le conllevarán problemas para relacionarse. También se encuentran en niños maltratados distorsiones de tipo cognitivo, en las que interpretan de manera errónea las intenciones de los demás, estando más atentos a las señales de amenaza y mostrando dificultades para entender, graduar y regular sus estados interno. En la conducta, suelen ser más agresivos, y mostrar más dificultades y problemas en su rendimiento académico, especialmente a escala intelectual y lingüística, y muestran problemas para relacionarse con sus compañeros, tendiendo a aislarse del resto (Ezpeleta, 2005).

Además, la falta de vínculos emocionales o de atenciones por parte de los padres o cuidadores creará una falta de experiencias emocionales positivas que tendrán consecuencias negativas en el posterior desarrollo emocional del niño. El grado de riesgo de desarrollo de psicopatología en la edad adulta tiende a correlacionarse con la severidad del maltrato recibido (Enoch, 2008, 2011).

Existe una alta asociación entre las experiencias adversas en la infancia y los trastornos psiquiátricos del eje I en población general (Afifi, Boman, Fleisher, & Sareen, 2009; Afifi, Brownridge, Cox, & Sareen, 2006; Afifi et al., 2008; Bruffaerts et al., 2010; Enns et al., 2006; Kessler et al., 1997; MacMillan et al., 2001; Scott, Smith, & Ellis, 2010), y también en poblaciones clínicas (Battle, et al., 2004; Bierer et al., 2003; Rettew et al., 2003; Yen et al., 2002; Zanarini et al., 2000); Asimismo, esta relación ha sido encontrada entre las experiencias de maltrato, tanto de abuso como de negligencia, y los trastornos del Eje II, es decir, de personalidad; Afifi y cols., realizaron un estudio en el que encontraron que, no sólo en poblaciones clínicas, sino también en la población general, se encontraba esta asociación (Afifi et al., 2011). En otro estudio realizado por Arata y cols. en el que se analizó una muestra de adolescentes de la comunidad, se encontró que aproximadamente dos tercios de los niños entrevistados reportaron haber sido víctimas de algún tipo de maltrato, hallando además dentro de este grupo un mayor número de niños deprimidos, con tendencias suicidas, desesperanza, hostilidad, promiscuidad, tendencia a verse envueltos en actos delictivos, uso de alcohol y drogas que aquellos que no habían sido víctima de maltrato (Arata, et al., 2007).

El haber sido víctima de más de un tipo de maltrato aumenta el riesgo de psicopatología en el futuro, el tipo y el número de maltratos contribuyen significativamente a las consecuencias negativas posteriores (Conroy, Degenhardt, Mattick, & Nelson, 2009). La vivencia de este tipo de situaciones se relaciona directamente con un mayor grado de mortalidad y morbilidad tal como problemas de cardiovasculares, autoinmunes, o pulmonares (Dube et al., 2003) y un incremento en el número de trastornos no sólo físicos sino también mentales (Afifi, et al., 2008).

Cuando los niños se ven expuestos a situaciones estresantes, aumentan los niveles de cortisol y norepinefrina lo que puede afectar a la regulación de las conductas

y parece que está íntimamente ligado al uso del alcohol como medio de afrontamiento de problemas (Dube, et al., 2006).

1.2.5. El maltrato infantil y sus efectos negativos sobre el desarrollo cerebral

Muchos de los problemas emocionales, cognitivos y conductuales que presentan los niños maltratados pueden también ser el resultado de las anomalías cerebrales provocadas por los golpes y el estrés crónico en que viven estos niños. Los malos tratos infantiles pueden ocasionar un daño permanente en la estructura neural y en el funcionamiento de un cerebro todavía en desarrollo. Las investigaciones en el área muestran que los patrones de estrés durante periodos críticos del desarrollo del cerebro infantil pueden dañar, a menudo de forma permanente, la actividad de los principales sistemas de neuroregulación, y provocar posteriores consecuencias neuroconductuales (Anda et al., 2006).

Los cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos descritos en la literatura incluyen modificaciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) (Sapolsky, 2000), que tiene un papel clave en los procesos fisiológicos que conducen a la adaptación en las situaciones estresantes (Selye, 1936). La morfología cerebral, parece que se ve afectada por las vivencias de maltrato a edades tempranas, observándose disminuciones en el cuerpo calloso (Teicher et al., 2004), así como un desarrollo disminuido del neocórtex prefrontal izquierdo, lo que afectaría a la simetría cortical, y produciría una pérdida del volumen general del hipocampo o de la amígdala (Teicher et al., 2003). Esto incluso podría afectar a la plasticidad cerebral, sobre todo a nivel de sistema límbico (Sapolsky, 2003). En otros estudios se ha encontrado además una reducción del flujo sanguíneo en el vermis cerebelar y reducciones en la densidad neuronal del cíngulo anterior (Pechtel, Lyons-Ruth, Anderson, & Teicher, 2014; Teicher, et al., 2003; Teicher, Anderson, Ohashi, & Polcari, 2014). Los efectos de estos cambios a nivel morfológico, pueden causar deficiencias en el desarrollo del lenguaje y las capacidades cognitivas así como provocar un aumento de la vulnerabilidad frente a los estresores y modificar la capacidad de resolución de conflictos (Henry, Sloane, & Black-Pond, 2007), algo que podría predisponer a la persona a la manifestación de

trastornos psiquiátricos o disfunciones conductuales (Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, & Navalta, 2002).

Al mismo tiempo, la mayor predisposición a trastornos psiquiátricos por parte de las personas maltratadas durante la infancia se ha asociado a las dificultades de estas personas en regular sus estados emocionales. En esta regulación tienen un papel determinante la correcta activación de la corteza frontal y el cíngulo anterior, que regulan a la baja la actividad de la amígdala (Ochsner & Gross, 2005). Así, las alteraciones emocionales de las personas maltratadas podrían explicarse por la disfunción de las vías fronto-cinguladas y fronto-límbicas. Mientras que en las estructuras frontales los picos de mayor crecimiento se registran desde el nacimiento hasta los dos años y entre los 16 y 19 años de edad, la amígdala mantiene su arquitectura intacta desde el nacimiento. El volumen de la amígdala aumenta de forma rápida hasta la edad de 4 años y es más reactiva a edades tempranas que en las tardías (Shaw et al., 2008). Este rápido desarrollo temprano puede verse modificado por experiencias traumáticas precoces, lo que se traduciría en una alteración del aprendizaje emocional y social vinculado al entorno, y consecuentemente predispondría al sujeto a percibir como amenazantes y ansiosas determinadas señales ambientales y emocionales que no lo son (Kim & Whalen, 2009; Tottenham & Sheridan, 2009). Por ejemplo, existe una alta asociación entre el maltrato infantil y el desarrollo de trastornos de personalidad en la edad adulta (Battle, et al., 2004; Hengartner, Ajdacic-Gross, Rodgers, Muller, & Rossler, 2013; Moran et al., 2011).

Por otro lado, la adolescencia es un período en el que se terminan de desarrollar muchas de las funciones ejecutivas, por lo que problemas en la adquisición de este tipo de capacidades tendrán consecuencias importantes a largo plazo. Las funciones de las que hablamos son ciertas medidas de atención, capacidad de inhibición, flexibilidad cognitiva. En un estudio de De Bellis, se encontró que los niños que habían sido víctimas de abuso, mostraban una disminución en el volumen de los lóbulos frontales, además de los efectos en el eje HPA (De Bellis, 2005), lo que tenía una relación directa con las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo que mostraban estos niños (Spann et al., 2012). Las repercusiones de estos déficits son especialmente relevantes, ya que este tipo de habilidades están relacionadas con la capacidad de adaptación, el rendimiento

escolar, o la inhibición de conductas desadaptativas. También se asociaría con el hecho de verse envuelto en actividades de riesgo, y en definitiva un aumento de las probabilidades de desarrollo de trastornos psiquiátricos (Welsh, Pennington, & Groisser, 1991).

Las situaciones de estrés prolongado afectan negativamente, por lo tanto, no sólo al crecimiento a nivel fisiológico, sino también al desarrollo del niño a todos los niveles: emocional, cognitivo o social, puesto que las secuelas podrán observarse a largo plazo. La orientación a la supervivencia y al afrontamiento de las situaciones de alerta continua en las que puede llegar a vivir el niño, pueden hacer que los recursos que normalmente se dirigen a la sociabilización, el aprendizaje o el establecimiento de relaciones interpersonales se vean alterados, llegando a vivir incluso en un estado permanente de amenaza. Si añadimos a la vivencia de situaciones de estrés en la infancia por maltrato el comienzo de consumo de sustancias a una edad temprana, las repercusiones a nivel de desarrollo cerebral serán mucho mayores.

1.3. El maltrato infantil y su relación con el consumo de alcohol

El maltrato infantil es uno de los sucesos más traumáticos y estresantes que se asocian con el consumo y abuso de alcohol; y es que haber sufrido experiencias adversas durante la infancia es un factor predictivo para el inicio de consumo de alcohol a una edad temprana (Rothman, et al., 2008).

Por qué beben los adolescentes es una cuestión importante; normalmente lo hacen para reducir la ansiedad social o para enfrentarse a los problemas. Por lo tanto, para poder retrasar lo máximo posible la edad de iniciación a la bebida, es esencial el poder conocer los factores que influyen en ese comienzo temprano en el consumo.

Los estudios más numerosos han sido de tipo retrospectivo, llevados a cabo en adultos. En ellos se ha establecido la asociación entre maltrato infantil y trastornos por uso de alcohol y drogas posteriores (Arnold, 2004; De Bellis, 2002; Ducci et al., 2009; Heffernan et al., 2000; Hyman, Garcia, & Sinha, 2006; Nelson, et al., 2010; Pilowsky, Keyes, & Hasin, 2009; Verona & Sachs-Ericsson, 2005). Los datos procedentes de un estudio epidemiológico americano a gran escala que relaciona los trastornos por uso de alcohol con otros trastornos mentales (NESARC), señalan que el hecho de haber sufrido alguna situación de maltrato durante la infancia aumentaba el riesgo para el desarrollo de abuso-dependencia por alcohol 1.4 veces respecto de quienes no referían experiencia de maltrato (Pilowsky, et al., 2009).

Por lo que respecta a estudios realizados en adolescentes, los hallazgos más relevantes de dichos estudios pueden resumirse en los siguientes puntos:

- ✓ El consumo de alcohol, al igual que de otras drogas, aparece en porcentajes más altos en los grupos de adolescentes que han sufrido una experiencia de maltrato durante la infancia o la adolescencia (Bensley, Spieker, Van Eenwyk, & Schoder, 1999; Clark, De Bellis, Lynch, Cornelius, & Martin, 2003; Hodson, Newcomb, Locke, & Goodyear, 2006; Hussey, et al., 2006; Lau et al., 2005; Moran, et al., 2004; Shin, Edwards, Heeren, & Amodeo, 2009; Shin, Hong, & Hazen, 2010).

- ✓ El maltrato se asocia a una edad más temprana en el consumo de alcohol y a la presencia de trastornos por uso de alcohol (abuso de alcohol especialmente) (Harrison, Fulkerson, & Beebe, 1997; Santor, Poulin, LeBlanc, & Kusumakar, 2007).
- ✓ La experiencia de abuso más grave, el abuso sexual, se asocia a más problemas con el consumo de alcohol, especialmente en las adolescentes, aunque estos datos no son concluyentes para los varones (Dube, et al., 2005; Huang, et al., 2011; Moran, et al., 2004; Romano, 2001; Shin, et al., 2010). Los varones que han sufrido maltrato refieren consumir alcohol para alcanzar estados de ánimo euforizantes y mejorar sus relaciones sociales, mientras que las mujeres maltratadas refieren consumir alcohol para afrontar estados de ánimo negativos de ansiedad y estrés (Arata, et al., 2007; Burk et al., 2011; Goldstein, Flett, & Wekerle, 2010; McGee, Wolfe, & Wilson, 1997; Wolfe, et al., 2001).

La disregulación emocional y el estrés post-traumático, hacen del alcohol un elemento más persuasivo, puesto que servirá como auto-medicación o forma de abordar los estados emocionales negativos consecuencia de las memorias del maltrato. Es una forma de buscar una disociación para manejar los afectos, y el desencadenamiento de estas memorias problemas (Dube, et al., 2006). En la Figura 2 podemos observar un esquema de la Localización de las regiones cerebrales relacionadas con la disregulación psicológica.

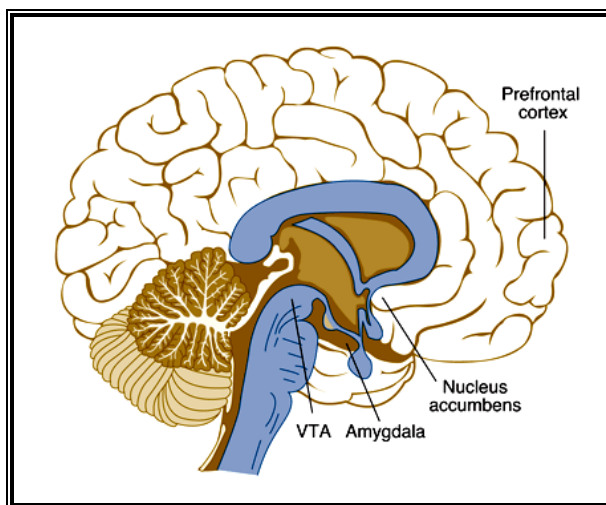


Figura 2: Localización de las regiones cerebrales relacionadas con la disregulación psicológica.

Tomado de NIAA <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh312/168-176.htm>

1.3.1. Hipótesis explicativas de la asociación entre el maltrato infantil y el desarrollo de dependencia por alcohol

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que tras haber sufrido una situación de cualquier tipo de maltrato en la infancia existe un alto riesgo de consumo nocivo de drogas en etapas posteriores de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2010). El consumo de alcohol en estas edades está ligado a problemas como absentismo escolar, bajo rendimiento escolar y conductas delictivas, lo que puede incrementar aún más el riesgo de maltrato físico por parte de uno de los progenitores. La educación de estos jóvenes suele verse afectada ya que suelen faltar a las clases, y progresar más lentamente que sus compañeros, lo que tendrá consecuencias en su vida adulta, a la hora de enfrentarse al mundo laboral. Las teorías de aprendizaje social refieren que aquellos adolescentes que han sufrido algún tipo de malos tratos o experiencias adversas tienen un mayor riesgo de consumo y abuso de sustancias. En muchas ocasiones su modelaje de roles es muy pobre, por falta de atenciones de sus progenitores o cuidadores, porque convivan en un entorno en el que se fomenta el uso y consumo de sustancias

directamente o porque su toma de decisiones se base en la percepción de opciones más limitadas. Sus factores de riesgo son mayores y por lo tanto es más común que pasen de la simple experimentación al abuso (Annenberg Commission on Adolescent Substance Abuse, 2005).

Deseamos conocer con este estudio, cuáles son las relaciones existentes en una población de jóvenes de la Comunidad de Madrid, entre ciertas situaciones vividas a edades tempranas y el hecho del consumo abusivo, tanto de alcohol como de otras sustancias y no como mera experimentación adolescente.

Una de las hipótesis explicativas de la relación existente entre el maltrato y el riesgo de desarrollo de dependencia se asocia con la correlación del estrés (secundario al maltrato) y la sensibilización de los circuitos cerebrales implicados en la recompensa.

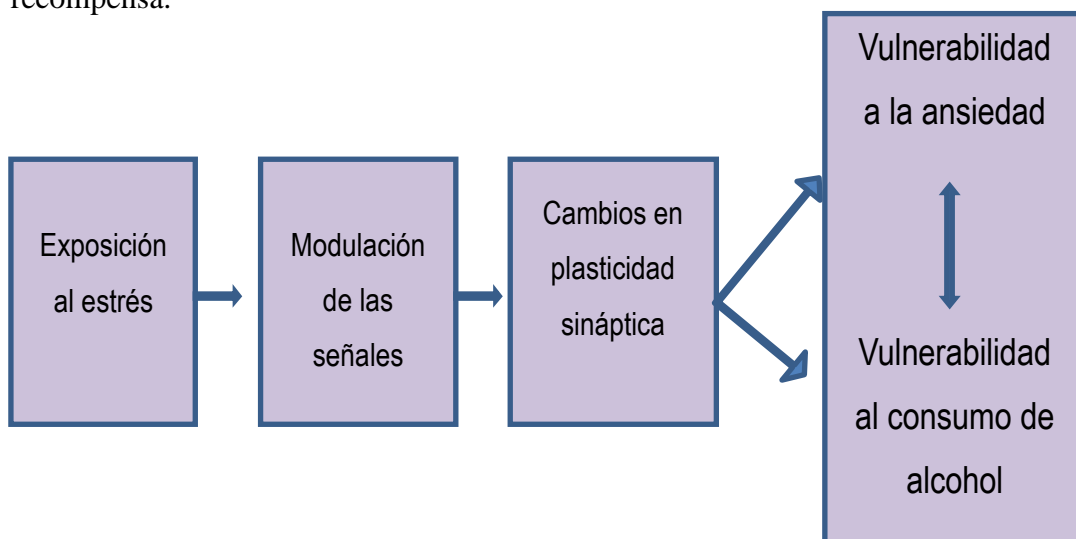
El estrés induce la liberación de glucocorticoides y de cortisol. La activación del eje HPA es el responsable de la liberación de cortisol y de catecolaminas periféricas que son vitales para la supervivencia, aunque la activación crónica de estos sistemas se asocia a trastornos mentales como la depresión, ansiedad y adicción a drogas (Sapolsky, 2000). No todos aquellos que han sufrido malos tratos durante su infancia desarrollan un patrón de consumo abusivo o preocupante de alcohol; ya que el abuso de sustancias puede además explicarse por la implicación de otras variables en la respuesta al estrés como la historia de alcoholismo familiar, de psicopatología de los pacientes o de variables genéticas.

El estrés provoca una sensibilización de los circuitos mesolímbicos dopaminérgicos implicados en el refuerzo. Los resultados procedentes de estudios realizados en animales de experimentación coinciden en señalar que la exposición al estrés provoca un aumento de los niveles de dopamina cerebral en estructuras mesolímbicas implicadas en el refuerzo (núcleo accumbens y área tegmental ventral) lo que a su vez incrementa las conductas de autoadministración de drogas como el alcohol o los estimulantes (Kalivas and Klitenic, 1993; Meaney, Brake, & Gratton, 2002). Se ha especulado con que una experiencia traumática puede provocar una disminución en la expresión del transportador de dopamina en el núcleo accumbens, lo que implica una

mayor respuesta cuando el sujeto consume sustancias como la cocaína (Moffett et al., 2007).

Los escasos estudios de neuroimagen llevados a cabo en jóvenes maltratadas expuestos a estrés psicosocial, indican que se produce una mayor liberación de cortisol y que esta respuesta se correlacionaba con una mayor liberación de dopamina en el estriado ventral (Pruessner, Champagne, Meaney, & Dagher, 2004). En otro trabajo, los adultos jóvenes con experiencia de maltrato referían más sentimientos de tristeza y anhedonia, y una disfunción del globo pálido izquierdo (Dillon et al., 2009). Estos hallazgos apuntan a que las experiencias traumáticas tempranas podrían alterar los circuitos dopaminérgicos mesolímbicos.

Estos resultados son consistentes con las hipótesis que apuntan a que tras el trauma se produce una alteración en el funcionamiento de los mecanismos de recompensa.



1.3.2. Neurobiología de la adicción

La dependencia de sustancias es un trastorno que involucra los sistemas motivacionales del cerebro. Una de las estructuras que interviene en las conductas adictivas es la del sistema meso-cortico-límbico, que está formado entre otras, por estructuras del cerebro anterior (amígdala, tálamo, hipocampo, corteza cingulada y corteza prefrontal), estructuras del cerebro medio como el Área Tegmental Ventral

(ATV) y la sustancia negra. El conjunto de estas estructuras es lo que se conoce como circuito de recompensa o del placer (Volkow, Fowler, & Wang, 2004), del que podemos observar un esquema en la Figura 3. Es un sistema complejo que permite la comunicación con diferentes áreas cerebrales, entre las que se encuentran las aferencias entorrinales con el ATV, las corticales prefrontales y con regiones del sistema límbico como la amígdala o el hipotálamo lateral, con quien a su vez se encuentran conexiones con el locus coeruleus y los núcleos del rafe. En el ATV también encontramos proyecciones al núcleo accumbens (NAc) que a su vez se conecta mediante aferencias y eferencias con el hipotálamo lateral (influyendo en secreciones neuroendocrinas) y la corteza prefrontal.

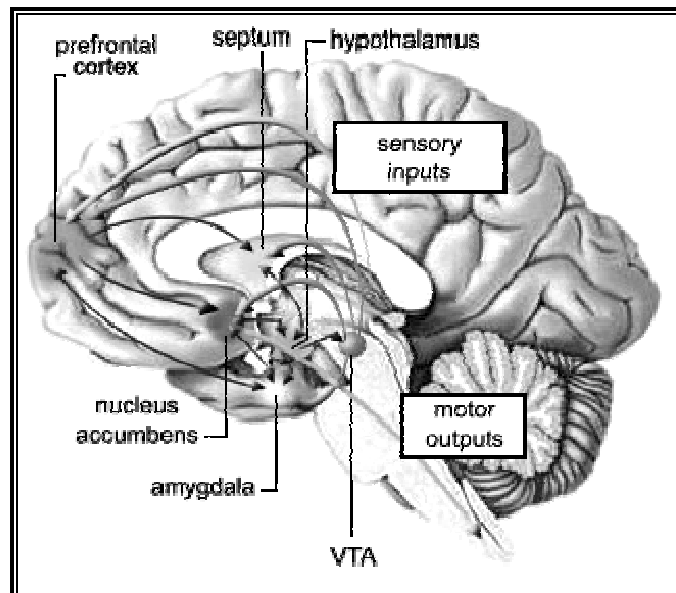


Figura 3: *El circuito de recompensa o del placer.*

Tomado de <http://thebrain.mcgill.ca/>

El núcleo accumbens se conecta a su vez con estructuras límbicas como la amígdala y el hipocampo, y con el tálamo dorsomedial, y una de sus funciones se relaciona con la conversión de señales recibidas del sistema límbico en acciones dependientes de la motivación a través del sistema motor extrapiramidal con quien también guarda conexión. Además, este núcleo también se ve implicado en las conexiones a través de los núcleos simpáticos y parasimpáticos del tronco cerebral y de la médula con el núcleo pálido ventral y globo pálido subcomisural; es decir, que

participa en la integración de funciones de control motor somático y visceral (Everitt & Robbins, 2005).

A grandes rasgos, el circuito de recompensa está compuesto por dos grandes vías denominadas mesolímbica y mesocortical (en su conjunto denominadas mesocorticolímbica), los núcleos del rafe y la amígdala (Goldstein & Volkow, 2002). La vía mesolímbica, de tono dopaminérgico, conecta el ATV (cerebro medio) con el sistema límbico vía núcleo accumbens, amígdala e hipocampo, así como con la corteza prefrontal (cerebro anterior basal). El núcleo accumbens recibe inervación dopaminérgica del ATV y glutamérgica de amígdala, hipocampo y corteza prefrontal. La parte nuclear del circuito de recompensa es la que implica la comunicación entre el ATV y el núcleo accumbens (o núcleo del placer) a través del haz prosencefálico medial de la vía mesolímbica. La estimulación del ATV implica liberación de dopamina en el núcleo accumbens, provocando euforia y placer, haciendo por lo tanto que el individuo memorice esas sensaciones y desee volver a consumir; esta ruta se relaciona directamente con la farmacodependencia, puesto que es una ruta que se activa directa o indirectamente con el consumo de sustancias psicoactivas. Mediante la vía mesocortical el ATV se conecta con la corteza cerebral, principalmente con áreas prefrontales (Bechara & Van Der Linden, 2005; Li & Sinha, 2008).

El circuito de recompensa o del placer está por lo tanto directamente asociado con el desarrollo de la dependencia a ciertas sustancias. Se trata de un sistema primitivo y básico para la supervivencia, que se relaciona con conductas de alimentación o reproducción que son placenteras. Cuando este circuito de recompensa se activa, se ven favorecidos el aprendizaje y el mantenimiento de esas conductas, manteniendo una memoria de estímulos contextuales que podrían favorecer la repetición de esas conductas placenteras, y que en principio se relacionan con la supervivencia. Este circuito se activa con el consumo de sustancias, y al activarse este circuito durante el consumo, el individuo aprende y realiza conductas de consumo que se ven influenciadas, no sólo por lo reforzador de la sustancia consumida en sí, sino también por la propia naturaleza reforzadora del circuito de recompensa o placer (Damasio, 1994; Verdejo-García & Bechara, 2009). El circuito de recompensa permite un mantenimiento de las conductas que nos proporcionan placer, y esto se ve amplificado

por el efecto que tiene el aumento de un neurotransmisor directamente implicado en el consumo de sustancias, que es la dopamina, ya que amplía el efecto placentero y las sensaciones hedónicas del consumo de sustancias, así pues el sujeto que ha consumido, tenderá a volver a hacerlo buscando esas sensaciones (Tirapu-Ustárroz, 2004)

El consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de dopamina y por tanto de su actividad, que conlleva una intensificación en la sensación de placer. Sin embargo, la dopamina no es el único neurotransmisor implicado en el circuito de recompensa; otros neurotransmisores como la serotonina, que tiene efectos sobre el hipotálamo, están involucrados. Los opiáceos y el GABA inciden sobre el ATV y el núcleo accumbens. La noradrenalina del locus coeruleus actúa sobre el hipocampo (Nestler, 2005).

Existen otros sistemas de mecanismo de refuerzo que a su vez ejercen un efecto modulador sobre la dopamina y el circuito de recompensa. Entre los diversos sistemas, en función del tipo de sustancia, destacamos los relacionados con neurotransmisores GABAérgicos, opioides, noradrenérgicos, serotoninérgicos o glutamatérgicos. Estos neurotransmisores se relacionarían con la acción dopaminérgica a través del ajuste y modulación de su efecto en cualquiera de las áreas cerebrales con las que se asocia el sistema de recompensa (Kalivas, 2009). Es por ello que, aunque cada sustancia tenga su propio mecanismo de acción, el papel de la dopamina es importante en todos los casos, ya que se relaciona con el aprendizaje de la respuesta al refuerzo, y está relacionada con casi todas las sustancias psicoactivas de forma directa o indirecta. La dependencia por lo tanto sería el resultado de la compleja interacción entre los efectos fisiológicos de la sustancia consumida, las áreas cerebrales con las que se implican y su influencia en la emoción y motivación de cada persona. Además, deberemos tener en cuenta los efectos del aprendizaje y de la memoria que se combinan con estos procesos biológicos de recompensa y sobre los que actúan las sustancias psicoactivas (Hyman & Malenka, 2001); se producirá un aprendizaje en forma de refuerzo que podrá perpetuar el consumo y la búsqueda de sensaciones, modificando así la experiencia y huella de memoria.

En diferentes estudios se ha observado una disminución de la respuesta al componente anticipatorio de la tarea de los circuitos mesolímbicos dopaminérgicos tras la exposición a estresores impredecibles y crónicos (esto se ha observado en estudios de experimentación animal) (Cabib & Puglisi-Allegra, 1996). De hecho, las alteraciones encontradas en la resonancia funcional de esos pacientes podrían reflejar una menor liberación de dopamina de carácter fásico en sujetos maltratados. Ahora bien, la respuesta atenuada que muestran estos sujetos a las señales predictoras de recompensa puede ser explicada desde dos consideraciones distintas: a) es posible que la anhedonia encontrada esté en la base del pobre procesamiento emocional de las recompensas, y que esto pueda constituir un riesgo para los trastornos depresivos (que también tienen un procesamiento similar de las señales de recompensa); b) es posible, también, que esta hiporreactividad a las señales de recompensa pueda ser un factor que lleve al individuo a la búsqueda de conductas reforzantes, en un intento de contrarregulación de su sistema de recompensa (sería un tipo de automedicación para contrarrestar la anhedonia). Esto explicaría que los sujetos maltratados tengan mayor riesgo para el desarrollo de la dependencia por alcohol, aunque no explicaría el inicio temprano de consumo, ni el patrón de consumo que finalmente realizan. Es decir, partiendo de la base de que los sujetos maltratados se activan poco ante las señales de recompensa (por lo menos de las señales de tipo económico), esto nos llevaría a considerar que se mostrarían escasamente motivados para el consumo de alcohol. Una vez consumido el alcohol, y teniendo en cuenta que existiría una hipoactividad dopaminérgica basal, es posible que los efectos reforzantes de ese consumo fuesen mayores que en individuos sin maltrato, lo que conllevaría un elemento de vulnerabilidad para el desarrollo de dependencia por alcohol por los efectos que produce.

No podemos explicar exclusivamente a través de las vías de procesamiento y refuerzo de las señales el que determinadas personas utilicen de forma más habitual el consumo, y éste termine en dependencia, ya que está relacionado no sólo con las situaciones estresantes vivenciadas a lo largo de la vida, sino también con otros factores que deben estudiarse.

En conclusión, el consumo de alcohol es muy común en los jóvenes, que lo prueban alguna vez como forma de experimentación, aunque algunos terminan

abusando de él. Este consumo se relaciona directamente con el absentismo escolar, el bajo rendimiento académico y las conductas delictivas (Brook, Finch, Whiteman, & Brook, 2002; Scheier & Botvin, 1995), hechos que hacen que el maltrato pueda perpetuarse o hacerse más intenso por parte de algunos progenitores. Aquellos jóvenes que se ven involucrados en estas conductas ven afectada su educación, lo que les traerá consecuencias en su vida adulta, por falta de oportunidades y de estrategias específicas para enfrentarse al mundo laboral, aumentando por lo tanto la carga a nivel social y económico de las consecuencias a largo plazo del maltrato infantil.

2. JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los datos expuestos anteriormente sobre el uso y abuso de sustancias en adolescentes, y los nuevos patrones de consumo que se observan habitualmente en ellos, son un gran motivo de preocupación a todos los niveles. Nos alarman la repercusión y las consecuencias futuras de este consumo de riesgo en los más jóvenes, que se inician a edades cada vez más tempranas y que no suelen tener una conciencia real de la problemática implícita en ese consumo. Consumo que por otra parte, no siempre se realiza como mera experimentación o conducta de rebeldía asociada a la edad (Wisdom & Green, 2004). Si logramos conocer más a fondo el porqué de ciertos patrones de consumo, podremos incidir en la construcción de mejores planes de prevención del desarrollo de trastornos por abuso de sustancias y actuar en planes específicos de prevención y tratamiento.

Uno de los beneficios que se obtendrán de este proyecto es el de poder conocer la prevalencia tanto de consumo de sustancias como de las experiencias de maltrato infantil en la población juvenil que acude a diferentes dispositivos asistenciales de la Comunidad de Madrid, permitiéndonos así tener los primeros datos nacionales de maltrato en una muestra de estas características (hasta ahora no disponemos de resultados en España). La dimensión de los datos permitirá diseñar estrategias de prevención en estos jóvenes y conocer las asociaciones entre diferentes patrones de consumo y las variables que se asocian a estos modelos de uso de las drogas.

Otra de las relaciones que se ha establecido comúnmente entre el consumo adolescente y el maltrato infantil ha sido la presencia de trastornos mentales entre los jóvenes. Si se demuestra la relación entre los distintos tipos de maltrato, la presencia de psicopatología, y el abuso de drogas por parte de estos jóvenes, se podrán diseñar estrategias de cribaje de uso de alcohol en este grupo de jóvenes de alto riesgo, lo que podría disminuir la prevalencia de abuso de alcohol entre ellos. Además, podríamos ofrecer un tratamiento integral de la problemática que afecta a estos jóvenes y que muchas veces se esconde o no se tiene en cuenta. Para brindar un buen abordaje terapéutico deberíamos conocer todas las causas y factores de riesgo que están afectando a la persona en cuestión, pero ante la imposibilidad de ofrecer unas

evaluaciones de tales envergaduras, está en nuestra mano el poder descubrir, gracias a proyectos de investigación como este, cuáles son las variables que están afectando a los jóvenes y que influyen en mayor medida en sus conductas. Gracias a estos análisis, se podrá llegar a conclusiones que nos ayuden en la práctica diaria y que nos lleven a prestar una mayor atención a factores que muchas veces pasan desapercibidos o a los que no se da la importancia oportuna. El objetivo final siempre será el mejorar las condiciones de los pacientes e intentar reducir el número de jóvenes que terminan desarrollando un trastorno de abuso de sustancias en el futuro y que presentan un gran malestar psicológico, que no son capaces de manejar por ellos mismos.

2.1. Objetivos

Poder conocer los motivos por los que los adolescentes se inician en el consumo de alcohol y de otras drogas es uno de nuestros principales objetivos en este estudio, así como el poder conocer la prevalencia real de una muestra de adolescentes que acuden a un centro de atención primaria o que han tenido algún motivo de alarma derivado del consumo, por el que acudir a un centro especializado.

La creación de un modelo de predicción acerca de las variables más relacionadas y que actúan como mediadoras en el consumo de alcohol y de otras sustancias nos ayudará a establecer unas conexiones más directas que ayuden en el día a día del tratamiento y la rehabilitación. Para ello, se ha realizado un análisis exhaustivo de las variables de consumo, maltrato infantil, presencia de psicopatología e historia familiar de trastornos de abuso de alcohol, desde un ámbito clínico, en el que la fiabilidad y la validez de las respuestas se asume mayor. Con ello, se propondrá la creación de un modelo predictivo en el que poder afianzar los conocimientos sobre el estilo y los motivos de consumo en los adolescentes. El objetivo último será el de poder permitir un mejor tratamiento y prevenir los trastornos de abuso de sustancias en el futuro.

La amplia literatura que abarca el tema del alcohol en jóvenes se encuentra a menudo asociada a las situaciones de maltrato que hayan podido vivir durante su infancia y adolescencia. Estos estudios a menudo se han basado en poblaciones adultas a las que se le presentaban encuestas retrospectivas sobre sus vivencias en el pasado

(Afifi, et al., 2011; Schraufnagel, Davis, George, & Norris, 2010; Shin, Chung, & Jeon, 2013) y sus hábitos de consumo de sustancias, en poblaciones de la comunidad, es decir, realizadas en colegios ordinarios en las que se comparaban los datos entre alumnos o entre los estudiantes y los adultos (Arata, et al., 2007; PB. Moran, et al., 2004), en estudios en población clínica (Rubino, Nanni, Pozzi, & Siracusano, 2009); jóvenes ingresados en clínicas de desintoxicación (Oshri, Tubman, & Burnette, 2012) o en jóvenes de centros de acogida (Braciszewski & Stout, 2012).

Este trabajo pretende observar las posibles diferencias entre aquellos adolescentes que consumen y aquellos que no lo hacen. Además, dentro del grupo de consumidores, encontramos un conjunto de jóvenes que han experimentado problemas en relación a ese consumo y que buscan ayuda. Creemos que habrá diferencias entre estos tres grupos no sólo en relación al consumo, sino también a sus experiencias previas, a la presencia de psicopatología e incluso en sus antecedentes familiares, que harán que su consumo y sus consecuencias sean diferentes.

Por lo tanto, el objetivo general de esta tesis doctoral es analizar las posibles variables mediadoras del consumo temprano de alcohol en adolescentes, con el fin de encontrar una relación entre sus experiencias previas y sus conductas de consumo. Con ello, el objetivo a largo plazo será el poder realizar programas de prevención y mejorar los tratamientos de abandono de consumo.

2.1.1. Objetivos específicos

- a) Estudiar la prevalencia de consumo de una muestra de población de jóvenes adolescentes (13-19 años) que acuden a Atención Primaria y a distintos dispositivos asistenciales de la ciudad de Madrid, por presentar manifestaciones clínicas donde el consumo abusivo de alcohol forma parte de dichos síntomas.
- b) Conocer la prevalencia de los diferentes tipos de maltrato en esta población, y relacionar el tipo de maltrato con el patrón de abuso o dependencia de sustancias presente en estos jóvenes.

- c) Establecer la relación entre la presencia de distintos trastornos psicopatológicos y variables de ansiedad como variables moduladoras del desarrollo de trastornos por uso de alcohol y otras sustancias.
- d) Observar si existen antecedentes familiares de consumo de alcohol que puedan estar influyendo en la conducta de consumo de los jóvenes.

2.2. Hipótesis

1. La gravedad del consumo de sustancias será mayor entre aquellos adolescentes que han buscado asistencia por un problema derivado del consumo que entre aquellos adolescentes que consumen, pero no han buscado ayuda.
2. La prevalencia de maltrato entre los adolescentes que presentan problemas con el alcohol será mayor que la prevalencia de maltrato entre los adolescentes que acuden a los dispositivos por otro tipo de problemáticas no relacionadas con el consumo de sustancias. En sujetos que han sido víctimas de malos tratos, la gravedad de la situación de maltrato estará asociada con la gravedad de los problemas por uso de alcohol.
3. Los adolescentes que tienen consumo de riesgo de alcohol y otras sustancias presentarán una mayor prevalencia de psicopatología y mayores niveles de ansiedad que aquellos que no consumen alcohol.
4. La presencia de antecedentes familiares de dependencia alcohólica estará asociada con el consumo de alcohol y otras sustancias en los jóvenes evaluados.

3. MARCO EXPERIMENTAL

3.1. MÉTODO

En la ciudad de Madrid se atienden anualmente aproximadamente 10.000 casos de intoxicación etílica (www.madrig.org, 2013). Existen diferentes dispositivos del Ayuntamiento de Madrid en los que se atienden a familias y adolescentes que exhiben problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, fundamentalmente aulas de educación y prevención juvenil y centros del Servicio de prevención de adicciones. También desde los dispositivos de Salud Mental se atienden los casos en los que existe una problemática en referencia al consumo de sustancias. Desde estos dispositivos se inició la recogida de datos de adolescentes que acudían a consulta por problemas derivados del consumo de alcohol. Asimismo, se realizaron evaluaciones a jóvenes que acudieron a las consultas de Atención Primaria del área, y que no presentaba problemáticas por consumo de sustancias.

3.1.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal de casos y controles, de sujetos adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años (ambas incluidas).

3.1.2. Participantes

El número total de participantes en el estudio fue de 655 adolescentes de la ciudad de Madrid, que acudieron a distintos centros dentro del área de gestión clínica de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

La primera muestra recogida fue de 355 jóvenes de ambos sexos que acudieron a cualquiera de los siguientes dispositivos por problemas clínicos en los que se constatará, mediante cribaje, que el alcohol constituía un problema. Se recogieron datos en los siguientes centros:

Dispositivos del Ayuntamiento de Madrid

- ✓ (A) Aulas de educación y prevención juvenil: Se trata de dispositivos incluidos en la red de centros del Ayuntamiento de Madrid que atienden a familias y

adolescentes por problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.

- ✓ (B) Servicio de prevención de adicciones: Se trata de centros del Ayuntamiento orientados a la intervención en crisis de jóvenes con consumo de alcohol y otras drogas.

Dispositivos de Salud Mental

- ✓ (C) En los equipos de salud mental integrados en el área de gestión clínica de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre (4 Centros de Salud Mental (CSM): Arganzuela, Carabanchel, Usera y Villaverde y la consulta de Psiquiatría Infantil del Hospital Materno-Infantil).

Criterios de inclusión:

1. Varones y mujeres comprendidos entre los 13-19 años.
2. Cribaje positivo para problemas derivados del consumo de alcohol (AUDIT superior 6 y/o con consumo en forma de *binge drinking*).
3. Aceptación y firma en consentimiento informado para su participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Negativa del joven o de sus padres o tutores a participar en el estudio.
2. Mala comprensión del castellano

Para poder comparar el grupo de adolescentes que acuden a estos servicios por problemas con el alcohol, se tomaron datos de 300 adolescentes, pareados en sexo y edad con los adolescentes que mostraban problemas con el alcohol, elegidos entre los centros de Atención Primaria donde residían los participantes del estudio. Éstos podían referir consumo o no de sustancias, aunque no habían buscado tratamiento en el caso de consumo.

Por lo tanto, en un primer momento, los participantes se dividieron en dos grupos; a) adolescentes de muestra no clínica que presentan consumo o no de sustancias y b) una muestra clínica de adolescentes que presentaban problemas por consumo de

alcohol u otras drogas. Para poder realizar unas comparaciones más definidas sobre la situación de cada uno de los grupos y su relación con las variables asociadas al consumo de sustancias, se dividió el primer grupo entre aquellos que declaraban no haber consumido nunca sustancias y aquellos que sí lo hacían, quedando por consiguiente los siguientes grupos para el estudio:

- **Grupo 1:** adolescentes pertenecientes a la comunidad que no consumen alcohol ni drogas (no se incluye tabaco).
- **Grupo 2:** adolescentes pertenecientes a la comunidad que consumen alcohol o drogas.
- **Grupo 3:** adolescentes provenientes de grupos clínicos que buscan ayuda por consumo de alcohol u otras drogas.

3.1.3. Instrumentos

3.1.3.1. Evaluación inicial o de cribaje de problemas relacionados con el consumo de alcohol

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test, validación de Rubio y cols. 1998) (Rubio 1998).

Este test ha sido utilizado para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de *screening* del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

Se trata de un cuestionario auto-administrado que consta de 10 preguntas (ver Anexo I). Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 reacciones adversas y las dos últimas de problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario investiga los hechos durante el último año.

Las ocho primeras cuestiones tienen 5 posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango es de 0 a 40.

Se considera un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol, centrándose en el consumo perjudicial o abuso de alcohol. Resulta especialmente adecuado cuando se siguen los criterios de la CIE-10 sobre problemas relacionados con el consumo alcohólico (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993).

En la validación española de Rubio, utilizada en este estudio, los valores de sensibilidad están en torno al 80% y los de especificidad en torno al 90% (Rubio 1998).

En relación a su fiabilidad, su alfa de Cronbach es de 0,812 y en relación a su validez, posee un buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con determinaciones analíticas, como la GGT ($r = a 0,31$ en varones y $0,46$ en mujeres).

Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte 11 la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Si el punto de corte se sitúa en 13 la sensibilidad es de 0,70 y la especificidad de 0,78.

3.1.3.2. Evaluaciones del trauma infantil, de los trastornos por uso de alcohol y otros trastornos psiquiátricos

Entrevista estructurada (K-SADS) (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia para el DSM-IV) (Kaufman et al., 1997). Escala de los desórdenes afectivos y esquizofrenia en para niños en edad escolar.

Es una entrevista semiestructurada cuya aplicación requiere una amplia experiencia clínica con un conocimiento exhaustivo de los criterios incluidos en el DSM-III-R (Del Barrio, 2002; Ezpeleta 1995). Es aplicable a niños de entre 6 a 17 años y consta de una forma paralela para padres. Es una de las entrevistas utilizadas para estudiar los trastornos afectivos y psicóticos en niños y adolescentes. Contiene preguntas que valoran la psicopatología percibida del niño en el último año. Asimismo, se recogen datos sobre el comienzo, la duración, la intensidad y la existencia de algún tipo de tratamiento. También existen una serie de preguntas relativas a la situación (severidad e impacto psicosocial) en la última semana. Existe una traducción española de esta entrevista (Vizcarro 1986), utilizada en el presente estudio.

Cuestionario de Traumas durante la adolescencia (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) (Bernstein & Fink 1998), para la evaluación de maltrato.

Inicialmente se trató de un test de 70 ítems, con una buena fiabilidad y validez, en el que se observaban 4 factores: abuso físico/emocional, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional, mostrando una buena sensibilidad y especificidad al compararlo con evaluaciones en entrevistas clínicas.

A continuación, se realizó una versión más corta del mismo cuestionario (D. P. Bernstein et al., 2003), dejando finalmente una composición de 28 ítems que evalúa la existencia de abuso físico, sexual o emocional, así como de negligencia física o emocional). Ha sido utilizado en muchos de los estudios sobre maltrato y parece mantener una buena validez y fiabilidad (A. Goldstein, et al., 2010; Shin, Edwards, & Heeren, 2009; Shin, et al., 2010). En este estudio se utilizó la versión española de este cuestionario breve (Hernandez et al., 2013).

Inventario de experiencias personales (Personal Experience Inventory, PEI) (Winters, 1989).

Se trata de un instrumento diseñado para adolescentes que incluye dimensiones como la gravedad de la dependencia, comienzo en el consumo, factores de riesgo personal, de riesgo ambiental, acontecimientos traumáticos, y conductas relacionadas con el engaño y la simulación.

Presenta unos buenos coeficientes de consistencia interna, así como buenos coeficientes de estabilidad temporal (0.86 a 0.89) (para intervalos de una semana a un mes). La validez de contenido se juzga buena. Se considera un buen instrumento para la evaluación del uso y abuso de sustancias en adolescentes, posee una buena base teórica y unas buenas propiedades psicométricas (Toneatto, 1996).

Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños(MASC) (Multidimensional Anxiety Scale For Children (March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997).

Esta escala consta de 39 ítems distribuidos en cuatro factores principales cada uno con dos subfactores. Tanto los factores principales como los subfactores que se incluyen son: (1) síntomas físicos (tensión/relajación y síntomas somáticos), (2)

ansiedad social (humillación, rechazo, miedo a actividades sociales), (3) evitación de daño (perfeccionismo y afrontamiento de ansiedad), y (4) ansiedad de separación.

Es una escala que evalúa un amplio espectro de síntomas de ansiedad, y que valida la división de síntomas de ansiedad en físicos y comportamentales. Sus cuatro factores más importantes son invariables a través de la edad y género, y tres de ellos pueden ser subdivididos: (1) Síntomas Físicos (tensión / nerviosismo y somático / autonómico), (2) Ansiedad Social (humillación / negación y miedo a actuar en público), (3) Evitación (perfeccionismo y ansiedad de relación), y (4) Ansiedad de Separación. Marca los diagnósticos DSM-IV de la fobia social y el Trastorno de Ansiedad por Separación, mientras que la puntuación total marca un Trastorno de Ansiedad Generalizada. Un Índice de Inconsistencia identifica los perfiles inválidos.

Respecto a las propiedades psicométricas, tanto la consistencia interna como la fiabilidad test-retest van de moderadas a excelentes y no se ven afectadas por la edad o género. La fiabilidad inter-jueces va en función de los informantes. Existe una baja concordancia padre-hijo, que es mayor para los síntomas fácilmente observables, al igual que es mejor para la pareja madre-hijo que para la pareja padre-hijo.

La validez parece de moderada a buena. Un rasgo a destacar es que las subescalas y el Índice de Trastornos de Ansiedad discriminan a los jóvenes según la presencia o ausencia de trastornos de ansiedad en un 88% de los casos.

El MASC tiene muchas ventajas. Fue desarrollado con un grupo heterogéneo de jóvenes. Su construcción es clara, y es la primera escala en validar la división de síntomas de ansiedad en físicos y comportamentales. La puntuación debería ser sensible a los efectos del tratamiento, aunque los estudios han mostrado resultados variables.

El Inventario de Depresión Infantil (CDI; Children Depression Inventory) (Kovacs, 1992).

Esta escala de depresión se utilizó en su versión autoaplicada para jóvenes de 11 a 16 años como principal elemento de *screening* para trastornos depresivos.

Proporciona 5 dimensiones de la depresión: humor disfórico; conducta *acting-out*; pérdida de intereses personales y sociales, menosprecio, y síntomas vegetativos. Sin embargo, el principal criterio de puntuación es el dato total obtenido. Posee una buena consistencia interna (0.59-0.88), y su fiabilidad test-retest es variable (0.38-0.87), tal y como se espera por la inestabilidad de los sentimientos depresivos en población general. Sus propiedades psicométricas son bastante elevadas y presenta una amplia base normativa tanto para niños como para adolescentes. La versión española utilizada fue validada por Del Barrio (Del Barrio, 2002).

3.1.4. Procedimiento

En este estudio de tipo transversal se llevaron a cabo las entrevistas clínicas a los participantes durante los meses de Enero a Noviembre de 2011.

Las evaluaciones se realizaron en una sola sesión de aproximadamente dos horas, en los dispositivos de atención del ayuntamiento en el caso de los adolescentes que presentaban problemas derivados del consumo de alcohol o en los centros de Atención Primaria de la zona en el caso de los participantes control. Para todos los integrantes se exigió la firma de un consentimiento informado individual para la participación, así como de padres o tutores para aquellos adolescentes menores de edad.

El abordaje se realizó tras las consultas, en las que se les proponía la participación libre y voluntaria en el estudio y se explicaba tanto a padres o tutores, como a los participantes los objetos y la extensión de la misma.

3.2. ANÁLISIS ESTADISTICO

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo socio-demográfico de la muestra, observando las diferencias entre los tres grupos. Buscamos las posibles diferencias entre los datos de consumo de sustancias, de maltrato infantil, depresión, factores de ansiedad y presencia de trastornos psiquiátricos y antecedentes paternos de alcoholismo entre aquellos que no consumen, los que consumen pero no han buscado ayuda por problemas con dicho consumo y aquellos que sí consumen y han solicitado atención específica (es decir, grupos 1, 2 y 3), a través de análisis de varianza y diferencias de medias.

Para poder estudiar la relación entre el consumo de alcohol, los distintos tipos de maltrato infantil, los factores de ansiedad, los trastornos psiquiátricos o los antecedentes familiares como variables moduladoras de ese consumo, agrupamos a todos los individuos de estudio entre aquellos que consumen alcohol y los que no lo hacen. Al observar el alto porcentaje de muestra que es consumidora de más de una sustancia, creamos una nueva variable de *policonsumo*, es decir, agrupamos a todos aquellos que consumen dos o más sustancias (excluyendo tabaco), para comparar con aquellos que no consumen o sólo consumen una de las sustancias estudiadas.

Así, los nuevos grupos analizados serían el grupo de consumidores de alcohol y el de no consumidores (*alcohol vs no alcohol*) y los grupos de policonsumidores y el de no policonsumidores (*policonsumo vs no policonsumo*).

Se estudió también la relación entre las variables mediante tablas de contingencia y análisis no paramétricos de diferencia de medias por tratarse de variables dicotómicas, comparando las distintas Odds Ratios (OR) e Intervalos de Confianza (IC) que se obtuvieron al relacionar las distintas variables con el consumo de alcohol y el policonsumo.

El siguiente paso en los análisis fue el de construir diferentes modelos predictivos multivariantes atendiendo al tipo de variable independiente (*consumo de alcohol/ policonsumo*) y a las variables dependientes agrupadas por ocurrencia de

maltrato, presencia de trastornos psiquiátricos, factores de ansiedad o historia familiar de alcoholismo. Finalmente, se crearon modelos generales de regresión para cada variable independiente.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS DEL ESTUDIO

4.1. Análisis Descriptivos

4.1.1. Comparación por grupos

Para realizar las comparaciones entre los grupos, utilizamos análisis de varianzas (ANOVA) y análisis post-hoc de Bonferroni para conocer la relación entre los tres grupos. En la Tabla 1 se pueden observar los distintos datos encontrados en los tres grupos: jóvenes que declaran no consumir ninguna sustancia (grupo 1), adolescentes que son consumidores pero que parecen no presentar problemas derivados de ese consumo (grupo 2) y consumidores de sustancias que buscan ayuda (grupo 3).

a) Datos socio-económicos y de consumo de sustancias

Encontramos algunas diferencias significativas en cuanto a la distribución del género en los 3 grupos; usando un ANOVA de un factor ($F: 10.494; p=0.000$); la prueba post hoc de Bonferroni detalla que existen diferencias significativas, entre los grupos 1 y grupos 2 y 3 ($p=0.000$ y $p=0.003$, respectivamente), pero no entre los grupos 2 y 3 ($p=0.115$), siendo en todos los grupos mayor el número de varones.

No existen diferencias entre los grupos en cuanto a nivel económico ($F=3.740; p=0.54$), edades de los participantes ($F=0.637; p=0.425$), y escolarización ($F=0.233; p=0.629$).

Debido a que el número de varones era mayor en los tres grupos analizados, quisimos mostrar las diferentes prevalencias diferenciadas por género. Para una mejor observación de los datos, presentamos las Tablas 2 y 3.

Datos según tipo de participante.			Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
Tabla 1.			N (%)			N (%)			N (%)		
Número total de participantes			115			185			355		
Sexo			94 (81,7%) varones 21 (18,3%) chicas			105 (56,8%) varones 80 (43,2%) chicas			232 (62,4%) varones 123 (34,6%) chicas		
Nivel económico			Bajo: 109 (94,8%) Medio: 6 (5,2%)			Bajo: 157 (84,9%) Medio: 28 (15,1%)			Bajo: 296 (83,4%) Medio: 59 (16,6%)		
Edades											
- 13 años			3 (2,6%)			2 (1,1%)			8 (2,3%)		
- 14 años			9 (7,8%)			12 (6,5%)			28 (7,9%)		
- 15 años			14 (12,2%)			20 (10,8%)			43 (12,1%)		
- 16 años			22 (19,1%)			36 (19,5%)			68 (19,2%)		
- 17 años			34 (29,6%)			50 (27%)			99 (27,9%)		
- 18 años			32 (27,8%)			64 (34,6%)			107 (30,1%)		
- 19 años			1 (0,9%)			1 (0,5%)			2 (0,6%)		
Años de escolarización											
- 13			2,6%			1,1%			2,3%		
- 14			11,3%			10,3%			11,3%		
- 15			16,5%			14,1%			15,2%		
- 16			23,5%			22,2%			22,5%		
- 17			32,2%			28,6%			29,3%		
- 18			13%			23,2%			18,9%		
- 19			0,9%			0,5%			0,6%		
Tabaco											
- no			92 (80%)			119(64,3%)			208(58.6)		
- abuso			14 (12,2%)			-			-		
- dependencia			9 (7,8%)			66 (35,7%)			147(41.4)		
Alcohol											
- no			-			1 (0,5%)			-		
- abuso			-			178 (96,2%)			322(90.7)		
- dependencia			-			6 (3,2%)			33(9.3)		
Cannabis											
- no			-			138 (74,6%)			259(73)		
- abuso			-			46 (24,9%)			92(25.9)		
- dependencia			-			1 (0,5%)			4(1.1)		
Cocaína											
- no			-			173 (93,5%)			321(90.4)		
- abuso			-			10 (5,4%)			30(8.5)		
- dependencia			-			2 (1,1%)			4(1.1)		
Anfetaminas											
- no			-			184 (99,5%)			351(98.9)		
- abuso			-			1 (0,5%)			4(1.1)		
Sedantes											
- no			-			184 (99,5%)			352(98.2)		
- abuso			-			1 (0,5%)			3(0.8)		
Otras drogas											
- no			-			184 (99,5%)			352(99.2)		
- abuso			-			1 (0,5%)			3(0.8)		
MALTRATO			N (%)		x (rango)	N (%)		x (rango)	N (%)		x (rango)
Abuso Físico			5 (4,3%)		8,8 (7-12)	24 (13%)		10,6 (6-25)	73 (20,6%)		9,6 (6-25)
Abuso Emocional			10 (8,7%)		8,4 (7-9)	23 (12,4%)		12 (6-25)	103 (29%)		9,4 (6-25)
Abuso Sexual			-		-	11 (5,9%)		8,3 (7-12)	47 (13,2%)		10,3 (6-25)
Negligencia Física			3 (2,6%)		7 (7)	26 (14,1%)		11,2 (6-25)	62 (17,5%)		10,7 (6-25)
Negligencia Emocional			17 (14,8%)		9,1 (6-12)	90 (48,6%)		8,3 (6-25)	236 (66,5%)		9,4 (6-25)

VARONES

Chicos Grupo 1 N=94

Chicos Grupo 2 N=105

Chicos Grupo 3 N= 232

Tabla 2

Nivel económico							
- Bajo	90 (95.7%)			97 (92.4%)		216 (93.1%)	
- Medio	4 (4.3%)			8 (7.6%)		16 (6.9%)	
Edades							
- 13 años	3 (3.2%)			1 (1%)		6 (2.6%)	
- 14 años	7 (7.4%)			7 (6.7%)		17 (7.3%)	
- 15 años	10 (10.6%)			8 (7.6%)		22 (9.5%)	
- 16 años	14 (14.9%)			19 (18.1%)		38 (16.4%)	
- 17 años	32 (34%)			31 (29.5%)		73 (31.5%)	
- 18 años	27 (28.7%)			38 (36.2%)		74 (31.9%)	
- 19 años	1 (1.1%)			1 (1%)		2 (0.9%)	
Años de escolarización							
- 13	3 (3.2)			1 (1%)		6 (2.6%)	
- 14	11 (11.7%)			14 (13.3%)		28 (12.1%)	
- 15	14 (14.9%)			12 (11.4%)		31 (13.4%)	
- 16	18 (19.1%)			23 (21.9%)		49 (21.1%)	
- 17	35 (37.2%)			32 (30.5%)		77 (33.2%)	
- 18	12 (12.8%)			22 (21%)		39 (16.8%)	
- 19	1 (1.1%)			1 (1%)		2 (0.9%)	
MALTRATO							
	N (%)	Media	Rango	N (%)	Media	N (%)	Media
				Rango		Rango	
Abuso Físico							
- No	89(94.7)			81 (77.1)		175(75.4)	
- Sí	5(5.3)	8.8	(7-12)	24 (22.9)	10.6 (6-25)	57(24.6)	9.9 (6-25)
Abuso Emocional							
- No	84 (89.4)			103 (98.1)		153(65.9)	
- Sí	10 (10.6)	8.4	(7-9)	2 (1.9%)	6 (6)	79(34.1)	10.4 (6-25)
Abuso Sexual							
- No	94 (100%)			102 (97.1)		226(97.4)	
- Sí	0			3 (2.9)	8 (8)	6 (2.6)	6.3 (6-7)
Negligencia Física							
- No	91 (96.8)			81 (77.1)		200(86.2)	
- Sí	3 (3.2)	7	(7)	24 (22.9)	11.6 (6-25)	32 (13.8)	13.2 (6-25)
Negligencia Emocional							
- No	77(81.9)			56 (53.3)		57 (24.6)	
- Sí	17(28.1)	9.1	(6-12)	49 (46.7)	8.2 (6-18)	175(75.4)	9.8 (6-25)

MUJERES Chicas Grupo 1 N=21 Chicas Grupo 2 N=80 Chicas Grupo 3 N= 123

Tabla 3

Nivel económico						
- Bajo	19 (90.5%)		60 (75%)		80 (65%)	
- Medio	2 (9.5%)		20 (25%)		43 (35%)	
Edades						
- 13 años	0		1 (1.3%)		2 (1.6%)	
- 14 años	2 (9.5%)		5 (6.3%)		11 (8.9%)	
- 15 años	4 (19%)		12 (15%)		21 (17.1%)	
- 16 años	8 (38.1%)		17 (21.3%)		30 (24.4%)	
- 17 años	2 (9.5%)		19 (23.8%)		26 (21.1%)	
- 18 años	5 (23.8%)		26 (32.5%)		33 (26.8%)	
- 19 años	0		0		0	
Años de escolarización						
- 13	0		1 (1.3%)		2 (1.6%)	
- 14	2 (9.5%)		5 (6.3%)		12 (9.8%)	
- 15	5 (23.8%)		14 (17.5%)		23 (18.7%)	
- 16	9 (42.9%)		18 (22.5%)		31 (25.2%)	
- 17	2 (9.5%)		21 (26.3%)		27 (22%)	
- 18	3 (14.3%)		21 (26.3%)		28 (22.8%)	
- 19	0		0		0	
MALTRATO						
	N (%)	Media	N (%)	Media	N (%)	Media
	Rango		Rango		Rango	
Abuso Físico						
- No	100%		100%		107 (87)	
- Sí	0		0		16(13)	8.8 (6-12)
Abuso Emocional						
- No	100%		59 (73.8)		99(80.5)	
- Sí	0		21 (26.2)	12.6 (6-25)	24(19.5)	6 (6)
Abuso Sexual						
- No	100%		72 (90%)		82 (66.7)	
- Sí	0		8 (10%)	8.5 (7-12)	41(33.3)	10.9 (7-25)
Negligencia Física						
- No	100%		78 (97.5)		93(75.6)	
- Sí	0		2 (2.5)	6 (6)	30 (24.6)	8 (7-12)
Negligencia Emocional						
- No	100%		39 (48.8)		62(50.4)	
- Sí	0		41 (51.2)	11.4 (6-25)	61(49.6)	8 (6-12)

A continuación, describimos las diferencias en cuanto a los consumos en los grupos, por medio de un análisis de chi-cuadrado, por tratarse de variables categóricas. En las tablas de consumo de sustancias observamos diferencias entre el consumo de tabaco entre los 3 grupos ($\chi^2 = 52.679$; $p=0.000$), entre los grupos 2 y 3 ($\chi^2 = 8.019$; $p=0.005$) y entre los grupos 1 y 3 ($\chi^2 = 39.390$; $p=0.000$), también en cuanto a consumo de alcohol de los grupos 2 y 3 ($\chi^2 = 175.367$; $p=0.000$). Sin embargo, no hay diferencias en consumo de cannabis ($\chi^2 = 3.754$; $p=0.153$), ni en cocaína ($\chi^2 = 4.695$; $p=0.096$), anfetaminas ($\chi^2 = 0.058$; $p=0.809$), sedantes ($\chi^2 = 1.436$; $p=0.488$), u otras drogas ($\chi^2 = 0.987$; $p=0.321$).

Entre los grupos 2 y 3, grupos de consumidores, encontramos diferencias en el consumo de tabaco ($\chi^2 = 98.825$; $p=0.000$), alcohol ($\chi^2 = 729.448$; $p=0.000$) y cannabis ($\chi^2 = 37.052$; $p=0.000$), siendo mayores en el grupo 3, aunque no se hallan diferencias en cocaína ($\chi^2 = 8.444$; $p=0.077$), anfetaminas ($\chi^2 = 0.459$; $p=0.795$), sedantes ($\chi^2 = 4.059$; $p=0.398$) u otras drogas ($\chi^2 = 1.048$; $p=0.592$).

En la tabla 4 se pueden observar los datos de consumo de sustancias en toda la muestra.

Frecuencias Consumo	Total	% Muestra
Tabla 4	N=655	
No consumo	112	17.1
Alcohol	374	57.1
Alcohol+cannabis	109	16.6
Alcohol+cannabis+cocaína	28	4.3
Alcohol+cocaína	15	2.3
Alcohol+anfetaminas	5	0.8
Alcohol+sedantes	4	0.6
Alcohol+cannabis+coca+otras	3	0.5
Cocaína	2	0.3
Alcohol+sedantes+cocaína	2	0.3
Anfetaminas	1	0.15
Cannabis	1	0.15
Alcohol+cannabis+coca+sedantes	1	0.15

b) Datos sobre maltrato

En la medición del CTQ, cuestionario que mide la presencia de maltrato, encontramos diferencias significativas en Abuso emocional ($F=4.972$; $p=0.007$) entre los grupos 2 y 3 ($p=0.007$), en Abuso sexual ($F=7.770$; $p=0.000$) entre los grupos 1 y 3 ($p=0.002$) y los grupos 2 y 3 ($p=0.017$) y Negligencia emocional ($F=9.666$; $p=0.000$) entre los grupos 1 y 3 ($p=0.000$) y los grupos 2 y 3 ($p=0.008$) pero no hallamos diferencias entre las puntuaciones de Abuso Físico ($F=2.840$; $p=0.059$) y Negligencia Física ($F=1.911$; $p=0.149$).

No hay diferencias entre los grupos en cuanto a las puntuaciones en los sub-tests de Abuso Físico y Negligencia Física, aunque sí hallamos diferencias entre el grupo 3, grupo de jóvenes que consumen sustancias y han buscado ayuda por problemas relacionados con este consumo y los grupos 1 y 2, es decir, sí hay diferencias entre los adolescentes que consumen o no y aquellos que han tenido problemas en cuanto a Abuso y Negligencia Emocional y Abuso Sexual.

c) Datos de prevalencia de trastornos psiquiátricos

En cuanto a los criterios de enfermedad psiquiátrica obtenidos en la entrevista K-SADS, hallamos diferencias entre los grupos en relación al cumplimiento de criterios para determinados trastornos, así, en cuanto a criterios de depresión, encontramos diferencias entre los grupos ($\chi^2 = 22.379$; $p=0.000$), en criterios de trastornos de ansiedad actual ($\chi^2 = 7.487$; $p=0.024$), de TDAH ($\chi^2 = 12.343$; $p=0.002$), trastorno de conducta alimentaria ($\chi^2 = 11.287$; $p=0.004$), no habiendo diferencias en cuanto a TEPT ($\chi^2 = 4.884$; $p=0.087$), TLP ($\chi^2 = 2.414$; $p=0.299$), presencia de otros trastornos no especificados ($\chi^2 = 0.3650$; $p=0.723$), o el tener un padre ($\chi^2 = 4.494$; $p=0.106$) o madre ($\chi^2 = 1.845$; $p=0.397$) alcohólicos.

En el grupo 1 no encontramos casos de trastornos de ansiedad, TDAH, TCA y otros trastornos psiquiátricos, un porcentaje muy bajo en depresión (2.6%), en TEPT (0.9%) y en TLP (2.6%). Así como un bajo porcentaje de casos de madre alcohólica (0.9%) y padre alcohólico (3.4%). Los porcentajes de muestra que sí obtienen criterios positivos para trastornos psiquiátricos son muy similares en los grupos 2 y 3, es decir,

en los consumidores de alcohol, encontrando únicamente diferencias en TDAH ($\chi^2=5.185$; $p=0.023$) y en TCA ($\chi^2=6.233$; $p=0.013$), pero no en depresión ($\chi^2=0.704$; $p=0.401$), ansiedad ($\chi^2=0.005$; $p=0.945$), TEPT ($\chi^2=0.111$; $p=0.740$), TLP ($\chi^2=0.115$; $p=0.735$), otros trastornos ($\chi^2=0.001$; $p=0.977$), ni en frecuencia de padre ($\chi^2=0.031$; $p=0.860$) o madre ($\chi^2=0.138$; $p=0.710$) alcohólicos.

Por lo tanto, encontramos diferencias entre los adolescentes que no consumen y aquellos que sí lo hacen, así como entre los que consumen y no han buscado ayuda y los que sí lo han hecho en cuanto a sintomatología física de ansiedad y ansiedad social, así como entre aquellos que consumen, hayan buscado ayuda o no y entre los que no consumen y los que lo hacen en síntomas de evitación del daño. En todos los casos, el grupo que mostraba una mayor prevalencia de trastornos y problemas de ansiedad fue el de consumidores que buscan ayuda.

d) Datos en componentes emocionales

Hallamos diferencias significativas entre grupos en las puntuaciones de la Escala de Beck ($F=8.772$; $p=0.003$). En la prueba post hoc de Bonferroni, observamos que las diferencias se encuentran entre los grupos 1 y 3 ($p=0.002$), no habiendo diferencias con el grupo 2 ($p=0.205$) ni entre los grupos 2 y 3 ($p=1.000$), siendo menores las puntuaciones en estos dos grupos con respecto al primer grupo, al que pertenecen los adolescentes consumidores que buscan ayuda.

En referencia a los factores que se miden en la escala de la MASC, hallamos diferencias entre los grupos en cuanto a sintomatología física ($F=6.564$; $p=0.002$) entre los grupos 1 y 2 ($p=0.001$) (y diferencias cercanas a la significación entre 2 y 3 con una $p=0.057$), sintomatología de ansiedad social ($F=8.786$; $p=0.000$) entre los grupos 1 y 2 ($p=0.000$) y entre los grupos 2 y 3 ($p=0.014$), y síntomas de evitación del daño ($F=13.059$; $p=0.000$) entre todos los grupos: los grupos 1 y 2 ($p=0.000$), los grupos 1 y 3 ($p=0.028$) y entre los grupos 2 y 3 ($p=0.002$) pero no en las puntuaciones síntomas de ansiedad separación-pánico ($F=0.371$; $p=0.690$).

4.1.2. Creación de variables de consumo y policonsumo

4.1.2.1. Tablas de contingencia. Estratificación de variables.

Con el objetivo de conocer cómo se comportan las variables en relación al consumo de alcohol, primero estudiamos cómo se comporta la muestra en relación a este consumo positivo, negativo o en forma de policonsumo, en relación al resto de variables y la presencia o no de diferencias significativas, por medio de t de Student, en el caso de las variables cuantitativas como las de puntuaciones en los tests de maltrato, la escala de Beck o la MASC, o χ^2 en el caso de las variables cualitativas como son el cumplir o no criterios para los diferentes trastornos mentales, tener un progenitor alcohólico o el consumo o no de las diferentes sustancias estudiadas. Estudiamos asimismo las Odds Ratios (OR) relacionadas con estos sucesos. Para ello, estratificamos las variables por presencia o no de consumo de alcohol o de policonsumo y estudiamos las variables en relación a éstas, pero también examinamos las variables de maltrato y de consumo en relación a las variables moduladoras obtenidas a través de las escalas de ansiedad, depresión o de presencia de trastornos psiquiátricos, con la intención de estudiar todas las posibles interacciones, las diferencias entre los grupos y los p-valores de estas diferencias, y poder así tener un mayor conocimiento de cómo se comporta nuestra muestra antes de poder construir modelos de predicción.

Una vez desgranada la muestra en cuanto a las asociaciones entre las variables en relación a los grupos, comenzamos a construir modelos de regresión, a los que añadiremos las interacciones entre las variables en el caso de que existieran, y en los que se controlarán las variables de género y edad.

El objetivo final será el de construir un modelo multivariante por bloques que nos sirva de predicción a la hora de estudiar una muestra de adolescentes y su relación con el consumo de alcohol o con el policonsumo.

Realizamos estudios estratificados de las variables *consumo de alcohol* y *policonsumo*, los 5 tipos de maltrato y las variables moduladoras de ansiedad, depresión, presencia de trastornos mentales y progenitor alcohólico. Además de observar las frecuencias de cada suceso (ser consumidor de alcohol o no, presencia o no

de un tipo de maltrato y presencia o no de un trastorno psiquiátrico), examinamos la posible presencia de interacciones entre las variables y comprobamos la Odd Ratio (OR), o probabilidad de presencia del suceso y su p-valor.

Si observamos el segmento de la muestra que obtiene puntuaciones positivas para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico, apreciamos que: todos aquellos que cumplen criterios para trastorno de ansiedad consumen alcohol, todos los que presentan un cribaje positivo para TDAH también consumen alcohol, así como los que presentan un TCA u otros trastornos no especificados. Un alto porcentaje de aquellos que muestran signos de depresión también consumen alcohol (96.5%), del mismo modo que los que puntúan positivo en TEPT (98.2%), TLP (93.6%) o aquellos que tienen un padre (95.7%) o madre (96.3%) que presenta problemas por dependencia de alcohol.

En cuanto al policonsumo, en torno al 50% de aquellos que presentan puntuaciones positivas para diagnóstico de trastorno psiquiátrico presentan un consumo de múltiples sustancias. Resaltar que todos aquellos que presentan un trastorno no especificado, clasificado como “otros trastornos” en la entrevista K-SADS presentan un patrón de policonsumo. Asimismo, creemos importante destacar que el 74% de aquellos que declaran tener una madre alcohólica presentan policonsumo, frente al 55% de los que tienen un padre alcohólico.

En las Tablas 6 y 7, podemos observar los detalles de las Odds Ratios y p-valores de las relaciones entre consumo de alcohol y policonsumo, respectivamente.

<i>Tabla 6</i>	OR	p-valor
<i>Consumo de Alcohol</i>		
Depresión	6.856	0.001
Ansiedad	-	-
TEPT	13.333	0.011
TDAH	-	-
TLP	3.348	1.046
TCA	-	-
Otros	-	-
Padre Alcohólico	5.612	0.001
Madre Alcohólica	5.828	0.085

<i>Tabla 7</i>	OR	p-valor
<i>Policonsumo</i>		
Depresión	4.107	0.000
Ansiedad	2.920	0.000
TEPT	8.116	0.000
TDAH	3.181	0.002
TLP	3.145	0.000
TCA	5.762	0.001
Otros	-	-
Padre Alcohólico	4.909	0.000
Madre Alcohólica	9.517	0.000

4.1.2.2. Modelos de regresión

a) Modelos de regresión logística

Para poder conocer cuáles son las variables que aumentan el riesgo de que haya un consumo de alcohol o en forma de policonsumo en adolescentes, buscamos qué variables modifican el efecto de los factores de riesgo, y es por ello que realizamos las ecuaciones de regresión tanto controlando las variables de género y edad como no haciéndolo, para así poder construir a continuación modelos de predicción general.

En la tabla 8 se pueden observar las Odds Ratios, Intervalos de Confianza y valores de probabilidad de cada variable estudiada en relación a la presencia de consumo de alcohol en adolescentes

Tabla 8

	OR	IC	p-valor	OR*	IC	p-valor
<i>Consumo Alcohol</i>						
AS	4E+008	-	0.997	3E+008	-	0.997
AF	3.976	1.697-9.303	0.001	4.947	2.099-11.662	0.000
AE	3.234	1.641-6.373	0.001	3.293	1.69-6.547	0.001
NF	7.350	2.283-23.658	0.001	7.605	2.35-24.58	0.001
NE	8.913	5.180-15.337	0.000	10.89	6.24-19.004	0.000
Beck	1.106	1.017-1.202	0.017	1.086	0.996-1.185	0.063
MASC ans física	0.973	0.931-1.016	0.214	0.970	0.926-1.016	0.200
MASC ans social	0.944	0.893-0.998	0.041	0.936	0.883-0.992	0.025
MASC evitación	0.946	0.907-0.987	0.010	0.945	0.905-0.988	0.012
MASC separ-páni	0.974	0.922-1.029	0.341	0.958	0.904-1.017	0.157
Depresión	6.856	2.128-22.093	0.001	5.696	1.7-18.491	0.004
Ansiedad	4E+008	-	0.997	4E+008	-	0.997
TEPT	13.333	1.827-97.328	0.011	12.68	1.73-92.912	0.012
TDAH	4E+008	-	0.998	4E+008	-	0.998
TLP	3.348	1.021-10.975	0.046	2.712	0.818-8.996	0.103
TCA	4E+008	-	0.998	2E+008	-	0.998
Padre alcohólico	5.612	2.018-15.606	0.001	6.344	2.27-17.73	0.000
Madre alcohólica	5.828	0.783-43.392	0.085	5.926	0.791-44.383	0.083

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; MASC ans física: factor de ansiedad física de la MASC; MASC ans social: factor de ansiedad social; MASC evitación: factor de evitación del daño; MASC separ-páni: factor de ansiedad separación-pánico; TEPT: trastorno por estrés post-traumático; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TLP: trastorno límite de personalidad; TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

* OR ajustadas por edad y sexo

El AS no parece tener por sí mismo una influencia directa en el consumo de alcohol tanto si se controla por edad y sexo como si no. En cuanto al resto de los maltratos evaluados (AF, AE, NF y NE) sí están asociados a un mayor consumo de alcohol, con Odds Ratios más elevadas cuando controlamos por edad y sexo.

Las mayores puntuaciones de los factores de ansiedad de la MASC de ansiedad social y evitación aparecen como protectoras cuando controlamos por edad y sexo, aunque el diagnóstico de ansiedad no es relevante como predictor del consumo de alcohol, sí lo son el de depresión y el de TEPT, aunque los valores de predicción son mayores cuando no ajustamos por edad y sexo. El diagnóstico de TLP es predictor con una Odd Ratio de 3.3 si no controlamos por variables sociodemográficas, y en ambos casos, ajustados o no, el tener un padre alcohólico es una variable predictora del consumo de alcohol, sobre todo al controlar por edad y sexo.

Se realizó el mismo tipo de análisis tomando como variable independiente el policonsumo, sin ajustar y controlando por género y edad, vemos los detalles en la Tabla 9.

A continuación, en la Tabla 10, se realizó un estudio de las posibles interacciones entre las variables y el policonsumo, es decir, la ocurrencia de dos factores en relación al patrón de policonsumo. No se refieren las interacciones en relación al consumo de alcohol, ya que no se encontraron en ninguno de los casos.

Tabla 9

	OR	IC	p-valor	OR*	IC	p-valor
<i>Policonsumo</i>						
AS	13.760	7.192-26.325	0.000	14.515	7.233-29.127	0.000
AF	3.662	2.361-5.682	0.000	4.595	2.882-7.326	0.000
AE	1.573	1.041-2.377	0.031	1.680	1.102-2.560	0.016
NF	4.506	2.845-7.137	0.000	4.473	2.805-7.133	0.000
NE	1.791	1.246-2.572	0.002	1.916	1.324-2.773	0.001
Beck	1.174	1.109-1.242	0.000	1.159	1.094-1.228	0.000
MASC fís	1.166	1.121-1.214	0.000	1.166	1.120-1.214	0.000
MASC ans soc	1.328	1.255-1.406	0.000	1.321	1.248-1.399	0.000
MASC evit	1.202	1.153-1.254	0.000	1.208	1.157-1.260	0.000
MASC separ	1.190	1.32-1.252	0.000	1.178	1.120-1.240	0.000
Depresión	4.107	2.570-6.562	0.000	3.791	2.348-6.122	0.000
Ansiedad	2.920	1.777-4.799	0.000	2.929	1.768-4.851	0.000
TEPT	8.116	4.490-14.672	0.000	8.40	4.608-15.314	0.000
TDAH	3.181	1.553-6.516	0.002	3.655	1.758-7.596	0.001
TLP	3.145	1.723-5.742	0.000	2.934	1.589-5.416	0.001
TCA	5.762	2.096-15.837	0.001	4.876	1.712-13.886	0.003
Padre alcohólico	4.909	3.111-7.744	0.000	5.523	3.450-8.842	0.000
Madre alcohólica	9.517	3.946-22.957	0.000	10.489	4.293-25.626	0.000

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; MASC fís: factor de ansiedad física de la MASC; MASC ans soc: factor de ansiedad social; MASC evit: factor de evitación del daño; MASC separ: factor de ansiedad separación-pánico; TEPT: trastorno por estrés post-traumático; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TLP: trastorno límite de personalidad; TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

** OR ajustadas por edad y sexo*

Tabla 10

<i>Interacciones entre variables. Policonsumo</i>	OR	IC	p-valor
AF*MASCfísica	1.232	1.068-1.421	p=0.004
AE* MASCfísica	1.182	1.005-1.389	p=0.043
AE* MASCsocial	1.545	1.028-2.324	p=0.037
AE*MASCseparpán	0.873	0.779-0.978	p=0.019
NE* MASCfísica	1.196	1.117-1.280	p=0.000
AS*ansiedad	18.686	3.937-88.69	p=0.000
AS*TEPT	7.810	1.832-33.306	p=0.005
AS*TLP	15.832	3.458-72.494	p=0.000
AF*depresión	0.122	0.043-0.349	p=0.000
AF*TEPT	0.189	0.055-0.646	p=0.008
AF*TDAH	7.427	1.084-50.911	p=0.041
AE*TDAH	0.061	0.006-0.607	p=0.017
NF*depresión	0.069	0.021-0.226	p=0.000
NF*TEPT	0.109	0.031-0.381	p=0.001
NF*TCA	0.091	0.009-0.941	p=0.044
NE*depresión	4.600	1.631-12.974	p=0.004
NE*TEPT	34.097	3.863-300.993	p=0.001
NE*padrealcoh.	0.388	0.154-0.980	p=0.045

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; MASCfísica: factor de ansiedad física de la MASC; MASCsocial: factor de ansiedad social; MASCseparpán: factor de ansiedad separación-pánico; TEPT: trastorno por estrés post-traumático; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TLP: trastorno límite de personalidad; TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

Cuando la variable de medida es la de policonsumo, existen algunas interacciones significativas en cuanto a que la combinación que algunos tipos de maltrato y diagnósticos psiquiátricos parecen influir de otra manera en el riesgo de policonsumo en adolescentes.

Encontramos dos tipos de interacciones:

- Protectoras: al combinar AF con depresión (*OR*:0.122; *IC*:0.043-0.349; *p*=0.000) y con TEPT (*OR*:0.189; *IC*:0.055-0.3646; *p*=0.008), entre AE y TDAH (*OR*:0.061; *IC*:0.006-0.607; *p*=0.017), entre NF y depresión (*OR*:0.069; *IC*:0.021-0.226; *p*=0.000), y también con TEPT (*OR*:0.109; *IC*:0.031-0.381; *p*=0.001), y TCA (*OR*:0.091; *IC*:0.009-0.941; *p*=0.044), así como entre NE y padre alcoholico (*OR*:0.388; *IC*:0.154-0.980; *p*=0.045). Cuando se controlan estas mismas variables por edad y género se obtienen valores similares.
- De riesgo: sin embargo, en relación a la combinación de ciertas variables, hallamos aumento en el riesgo de policonsumo cuando se presentaban juntas las variables AS y ansiedad (*OR*:18.686; *IC*:3.937-88.69; *p*=0.000), también AS y TEPT (*OR*:7.810; *IC*:1.832-33.306; *p*=0.005) y TLP (*OR*:15.832; *IC*:3.458-72.494; *p*=0.000), no obstante, cuando estos datos se ajustaban por edad y sexo, la combinación de dichas variables resultaba protectora (AS y ansiedad (*OR*:0.054; *IC*:0.011-0.254; *p*=0.000); AS y TEPT (*OR*:0.128; *IC*:0.031-0.589; *p*=0.008); y AS y TLP (*OR*:0.016; *IC*:0.016-0.333; *p*=0.001). Aunque los datos obtenidos son significativos, no son de gran influencia en la variable estudiada (Odds Ratios cercanas a cero), probablemente el elevado tamaño muestral justifica que algunas OR, cercanas a cero, sean estadísticamente significativas sin que esta significación tenga una repercusión clínica. También encontramos un efecto riesgo en la interacción de AF y TDAH (*OR*:6.884; *IC*:0.978-0.349; *p*=0.053), de NE y depresión (*OR*:4.552; *IC*:1.602-12.937; *p*=0.004) y de NE y TEPT (*OR*:31.995; *IC*:3.593-284.940; *p*=0.002), y en estas últimas interacciones también hallamos cifras de Odds Ratios e intervalos de confianza similares al controlar por edad y sexo.

b) Modelos multivariantes

En esta parte del análisis se quiso observar qué variables influyen o modulan cada tipo de consumo, teniendo en cuenta la variable alcohol y la variable policonsumo, asociándolas a los tipos de maltrato infantil (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional) y a las variables relacionadas con:

- Historia familiar de alcohol: padre y madre alcohólicos
- Trastornos de conducta: TDAH y TLP
- Trastornos afectivo-ansiosos: diagnósticos de depresión, ansiedad y TEPT
- Ansiedad: sintomatología física, ansiedad social, evitación del daño y ansiedad de separación pánico del cuestionario MASC.

Para poder realizar una observación detallada de las relaciones entre las variables dependientes de patrón de consumo creadas y los posibles marcos de asociación arriba descritos, los análisis se realizaron controlando por género y edad.

1. Estudio de los modelos predictivos de consumo de alcohol:

A continuación, observaremos los distintos modelos obtenidos del estudio de la agrupación de variables.

- a) En cuanto al consumo de alcohol en adolescentes, teniendo en cuenta las posibles variables de maltrato, la historia familiar de abuso de alcohol, su edad y el sexo, con un ajuste según el Coeficiente de Determinación $R^2=0.446$, se puede observar que algunas de estas variables influyen de manera notable en el consumo de alcohol y otras no parecen ejercer un gran efecto en el consumo, como podemos observar en la Tabla 11 a continuación:

Tabla 11			
	OR	IC	p-valor
Consumo Alcohol			
AS	3E+008	0.000-	p=0.997
AF	9.310	3.161-27.423	p=0.000
AE	0.360	0.128-1.012	p=0.053
NF	1.149	0.272-4.854	p=0.851
NE	34.275	14.341-81.916	p=0.000
Padre alcohólico	3.879	1.216-12.371	p=0.022
Madre alcohólica	5.023	0.564-44.723	p=0.148
Sexo	5.470	3.001-9.971	p=0.000
Edad	1.224	1.011-1.483	p=0.039

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional.

- b) Cuando agrupamos las variables en relación a la presencia de trastornos de conducta y maltrato, las influencias de estas variables en cuanto al consumo de alcohol en adolescentes, ajustadas con una $R^2=0.435$ son las que observamos en la Tabla 12.

Tabla 12			
	OR	IC	p-valor
Consumo Alcohol			
AS	3E+008	0.000-	p=0.997
AF	10.586	3.624-30.922	p=0.000
AE	0.346	0.123-0.968	p=0.043
NF	1.360	0.324-5.712	p=0.674
NE	31.941	13.479-75.691	p=0.000
TDAH	8E+007	0.000-	p=0.998
TLP	1.344	0.297-6.075	p=0.701
Sexo	5.275	2.920-9.529	p=0.000
Edad	1.215	1.009-1.463	p=0.040

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TLP: trastorno límite de personalidad.

- c) A continuación, presentamos el modelo predictivo de consumo de alcohol en relación a variables de maltrato y presencia de trastornos de tipo afectivo-ansioso. Su Coeficiente de Determinación fue de $R^2=0.488$. En la siguiente Tabla 13 se presentan los detalles del modelo:

Tabla 13			
	OR	IC	p-valor
Consumo Alcohol			
AS	1E+008	0.000	p=0.996
AF	4.662	1.400-15.526	p=0.012
AE	0.384	0.137-1.081	p=0.070
NF	3.164	0.640-15.647	p=0.158
NE	34.477	14.477-82.109	p=0.000
Sexo	5.573	3.005-10.337	p=0.000
Edad	0.850	0.726-0.996	p=0.044
Depresión	5.871	1.641-20.998	p=0.006
Ansiedad	3E+008	0.000	p=0.996
TEPT	1.924	0.214-17.328	p=0.560

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; TEPT: trastorno por estrés post-traumático.

- d) Por último, el modelo de consumo de alcohol en relación a factores de ansiedad (MASC) junto con las variables de maltrato, exhibiendo una $R^2=0.481$, en la Tabla 14.

Tabla 14

	OR	IC	p-valor
Consumo Alcohol			
AS	8E+008	0.000	p=0.996
AF	14.130	4.148-48.133	p=0.000
AE	0.619	0.211-1.819	p=0.384
NF	3.529	0.675-18.446	p=0.135
NE	30.024	12.343-73.030	p=0.000
Sexo	3.432	1.785-6.601	p=0.000
Edad	1.185	0.972-1.445	p=0.092
MASC ans física	1.069	0.958-1.192	p=0.232
MASC ans social	0.908	0.787-1.047	p=0.185
MASC evitación	0.813	0.738-0.895	p=0.000
MASC separ-páni	1.130	1.015-1.259	p=0.026

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; MASC ans física: factor de ansiedad física de la MASC; MASC ans social: factor de ansiedad social; MASC evitación: factor de evitación del daño; MASC separ-páni: factor de ansiedad separación-pánico.

2. Estudio de los modelos predictivos del patrón de policonsumo:

Siguiendo el esquema anterior de consumo de alcohol, estudiamos el policonsumo en adolescentes agrupando las variables atendiendo a:

- a) El policonsumo en adolescentes, teniendo en cuenta las posibles variables de maltrato, la historia familiar de abuso de alcohol, su edad y el sexo, con un ajuste del modelo de $R^2=0.410$. Podemos ver las características del modelo exploratorio en la Tabla 15.

Tabla 15			
	OR	IC	p-valor
<i>Policonsumo</i>			
AS	33.098	13.687-80.039	p=0.000
AF	4.080	1.964-8.476	p=0.000
AE	2.040	1.165-3.572	p=0.013
NF	2.272	1.186-4.351	p=0.013
NE	5.056	2.525-10.123	p=0.000
Padre alcohólico	5.246	2.049-13.431	p=0.001
Madre alcohólica	8.341	2.208-31.509	p=0.002
NE*padre alcohol.	0.371	0.114-1.203	p=0.099
Edad	0.837	0.713-0.983	p=0.030
Sexo	1.359	0.810-2.281	p=0.256

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional.

- b) En la Tabla 16 podemos ver la influencia de las variables relacionadas con el maltrato, los trastornos de conducta y el género, en el policonsumo en adolescentes. El ajuste del modelo es de $R^2=0.380$.

Tabla 16

	OR	IC	p-valor
<i>Policonsumo</i>			
AS	67.194	22.203-203.354	p=0.000
AF	5.521	2.746-11.100	p=0.000
AE	2.122	1.218-3.697	p=0.008
NF	3.736	2.022-6.904	p=0.000
NE	3.412	1.891-6.156	p=0.000
TDAH	1.053	0.423-2.626	p=0.911
TLP	0.633	0.281-1.049	p=0.121
AF*TDAH	12.094	0.519-282.227	p=0.139
AE*TDAH	0.073	0.000-25.195	p=0.380
AS*TLP	0.122	0.021-0.712	p=0.019
Edad	0.853	0.730-0.997	p=0.045
Sexo	1.124	0.675-1.872	p=0.653

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TLP: trastorno límite de personalidad.

- c) En la siguiente Tabla 17, observamos el policonsumo en relación al maltrato y a la ocurrencia de trastornos afectivo-ansiosos, con un ajuste de $R^2=0.464$.

Tabla 17

	OR	IC	p-valor
<i>Policonsumo</i>			
AS	19.517	7.874-48.376	p=0.000
AF	3.860	1.874-7.953	p=0.000
AE	2.224	1.266-3.907	p=0.005
NF	3.754	2.006-7.024	p=0.000
NE	3.344	1.805-6.194	p=0.000
Edad	0.850	0.726-0.996	p=0.044
Sexo	1.023	0.606-1.727	p=0.933
Depresión	2.251	1.208-4.197	p=0.011
Ansiedad	1.770	0.902-3.475	p=0.097
TEPT	1.621	0.752-3.495	p=0.218
AS*ansiedad	0.058	0.008-0.394	p=0.004
AS*TEPT	0.267	0.017-4.096	p=0.343
AF*depresión	0.855	0.104-7.060	p=0.884
AF*TEPT	0.272	0.005-14.007	p=0.517
NF*depresión	0.080	0.009-0.676	p=0.020
NF*TEPT	1.307	0.024-70.012	p=0.895
NE*depresión	1.358	0.282-6.531	p=0.702
NE*TEPT	31.753	1.855-543.382	p=0.017

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; TEPT: trastorno por estrés post-traumático.

- d) Por último, observamos en la Tabla 18 la influencia en el policonsumo adolescente en relación a variables de maltrato y factores de ansiedad (MASC). El ajuste de este modelo fue de $R^2=0.479$.

Tabla 18

	OR	IC	p-valor
<i>Policonsumo</i>			
AS	8.274	2.693-25.415	p=0.000
AF	0.360	0.035-3.749	p=0.393
AE	0.165	0.002-15.526	p=0.437
NF	2.318	1.175-4.573	p=0.015
NE	15.873	2.831-89.009	p=0.002
Sexo	1.334	0.732-2.431	p=0.346
Edad	0.888	0.747-1.055	p=0.176
MASC ans física	0.895	0.784-1.022	p=0.100
MASC ans social	1.326	1.163-1.511	p=0.000
MASC evitación	1.176	1.082-1.279	p=0.000
MASC separ-páni	1.036	0.914-1.174	p=0.026
AF*MASC ans física	1.278	1.035-1.577	p=0.023
AE*MASC ans física	0.849	0.583-1.236	p=0.393
AE*MASC ans social	1.552	1.028-2.343	p=0.036
AE*MASC separ-páni	0.999	0.849-1.176	p=0.992
NE*MASC ans física	0.941	0.825-1.073	p=0.365

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; AE: abuso emocional; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; MASC ans física: factor de ansiedad física de la MASC; MASC ans social: factor de ansiedad social; MASC evitación: factor de evitación del daño; MASC separ-páni: factor de ansiedad separación-pánico.

c) Modelos predictivos generales

Después de haber estudiado los consumos de alcohol y policonsumo agrupando variables atendiendo a características comunes y tipos de maltrato, quisimos realizar una observación general de los patrones de consumo junto con todas las variables estudiadas y estudiar su influencia genérica.

1. Modelo predictivo general de Consumo de Alcohol:

En el modelo de predicción general, encontramos que el consumo de alcohol en adolescentes está influenciado por el género, el hecho de haber sufrido abusos físicos, negligencia emocional, así como el padecer un trastorno de Estrés Post-Traumático o tener un padre alcohólico. La presencia del factor de personalidad de evitación del daño de la escala de MASC parece ser protector en cuanto al consumo excesivo de alcohol en la adolescencia. La OR de cada interacción se puede ver en la Tabla 19.

Tabla 19

	OR	IC	p-valor
Consumo Alcohol			
Sexo	5.684	3.141-10.286	p=0.000
AF	10.847	4.196-28.044	p=0.000
NE	17.543	9.562-32.185	p=0.000
MASC evitación	0.867	0.811-0.927	p=0.000
TEPT	25.389	2.912-221.353	p=0.003
Padre alcohólico	3.761	1.176-12.025	p=0.026

AF: abuso físico; NE: negligencia emocional; MASC evitación: factor de evitación del daño; TEPT: trastorno por estrés post-traumático.

2. Modelo predictivo general de Policonsumo:

La variable policonsumo estaba modulada por más tipos de maltrato infantil (abuso sexual, abuso físico, negligencia física y negligencia emocional), así como por el hecho de tener un diagnóstico de trastorno depresivo, límite de la personalidad o tener unos padres alcohólicos, los factores de personalidad en relación a la ansiedad medida a través de la MASC influyen en el policonsumo, aunque su efecto no es demasiado grande. Vemos los detalles en la Tabla 20.

Tabla 20

	OR	IC	p-valor
<i>Policonsumo</i>			
AS	16.384	5.487-48.924	p=0.000
AF	2.957	1.462-5.978	p=0.003
NF	2.515	1.314-4.814	p=0.005
NE	11.608	5.538-24.332	p=0.000
MASC física	0.861	0.768-0.965	p=0.010
MASC ans soc	1.501	1.333-1.691	p=0.000
MASC evit	1.112	1.027-1.204	p=0.009
Depresión	2.301	1.157-4.576	p=0.018
TLP	0.332	0.131-0.841	p=0.020
Padre alcohólico	2.382	1.243-4.564	p=0.009
Madre alcohólica	17.542	4.060-75.788	p=0.000

AS: abuso sexual; AF: abuso físico; NF: negligencia física; NE: negligencia emocional; MASC física: factor de ansiedad física de la MASC; MASC ans soc: factor de ansiedad social; MASC evit: factor de evitación del daño; TLP: trastorno límite de personalidad.

5. DISCUSIÓN

Uno de los principales objetivos de este trabajo fue el de conocer la prevalencia de consumo en una muestra de adolescentes de la Comunidad de Madrid, y a partir de ella estudiar qué variables son las que influyen o modulan el comportamiento y patrón de consumo de los jóvenes de 13 a 19 años, para concluir realizando modelos de predicción que nos ayuden en las intervenciones preventivas y terapéuticas que se realizan en adolescentes.

Considerando que las muestras de jóvenes podrían variar en cuanto a sus características, la muestra de adolescentes se dividió en tres categorías; atendiendo a si no consumían sustancia alguna, a si consumían una o varias sustancias, pero no parecían presentar problemas específicos, y finalmente a si consumían una o varias sustancias pero habían buscado asistencia por problemas derivados del consumo.

Además de analizar sus características socio-demográficas, realizamos un análisis de las posibles variables moduladoras de la conducta de consumo, como son los distintos tipos de maltrato que podrían haber sufrido en la infancia, la presencia de algún trastorno psiquiátrico que pudiera estar influyendo en el comportamiento del adolescente y la existencia de una historia familiar de dependencia alcohólica, basando el análisis en las diferencias que estimábamos se encontrarían, entre los tres grupos de adolescentes.

Tras estudiar esas diferencias entre los tres grupos, observamos que un elevado porcentaje de adolescentes, no sólo consume una sustancia, sino que utiliza habitualmente dos o más (en este caso excluimos el tabaco en el recuento de consumo) por lo que dividimos la muestra en dos tipos de patrón de consumo: entre aquellos que consumen alcohol y los que no lo hacen por un lado, y entre aquellos que presentan un patrón de policonsumo y aquellos que no por otro, para la búsqueda de los modelos predictivos.

La prevalencia de uso de alcohol y de consumo de sustancias fue bastante alta en nuestra muestra; un 82% de los adolescentes declararon consumir habitualmente alcohol y un cuarto de ellos se revelaba policonsumidor. Las experiencias de maltrato infantil fueron muy comunes en todos los grupos, aunque notablemente más altas entre aquellos

que consumían, siendo el grupo que pertenecía a programas de ayuda aquellos que mostraban mayores incidencias de maltrato.

Las proporciones de diagnósticos de trastorno psiquiátrico fueron mucho más bajas entre los no consumidores. Las prevalencias entre los grupos 2 y 3 fueron similares, y mayores que las que comúnmente se observan en muestras de la comunidad. Todos aquellos que presentaban un diagnóstico de trastorno de ansiedad, TDAH o de la Conducta Alimentaria eran consumidores de alcohol. Además, unos altos porcentajes de aquellos que presentaban un trastorno depresivo, (96.5%), TEPT (98.2%), TLP (93.6%) o que presentaban un padre (95.7%) o una madre (96.3%) con problemas de dependencia alcohólica, eran consumidores de alcohol.

En relación al policonsumo, en alrededor del 50% de los adolescentes que mostraban un trastorno psicopatológico se evidenciaba este patrón de consumo. Asimismo, el 74% de los adolescentes cuya madre era dependiente del alcohol usaban múltiples sustancias, así como el 55% de aquellos cuyo padre tenía problemas con el alcohol.

Con estos resultados como base, hemos detectado que todas las variables analizadas influyen en el consumo adolescente. Los principales hallazgos en cuanto los modelos predictivos realizados en relación al consumo de alcohol fueron que, existe una influencia en cuanto al género, siendo mayor el riesgo de consumo en los varones, cuando ha habido una historia de AF o NE (valores de OR de 10 y 17 puntos, respectivamente), una gran influencia si existe en el paciente un diagnóstico de TEPT (este trastorno multiplica por 25 los riesgos) y antecedentes familiares paternos de alcoholismo (OR de 3.7). El factor de ansiedad de evitación del daño aparece como protector, aunque su influencia no llega a tener importantes repercusiones para el modelo. En cuanto al modelo predictivo de policonsumo, las variables que más significativamente parecían influir en este patrón de consumo fueron sobre todo el AS y la NE (aumentando en 16 y 11 veces, respectivamente, el riesgo de policonsumo), y en menor medida el AF y la NE (3 y 2.5 puntos, respectivamente). Aquellos jóvenes que manifestaban un trastorno depresivo tenían un mayor riesgo de presentar un policonsumo, así como aquellos cuyos progenitores son alcohólicos, sobre todo cuando

era la madre quien lo presentaba (OR de 17). Los factores de ansiedad medidos presentan influencia en el policonsumo, aunque de nuevo no presentan una gran repercusión para el modelo.

5.1. Datos socio-demográficos y de consumo

En nuestro estudio sobre los hábitos de consumo de una muestra clínica de adolescentes de la Comunidad de Madrid, encontramos que las cifras de jóvenes que consumen alcohol son llamativamente altas, si bien se equiparan a los datos encontrados en otros estudios, tanto españoles como europeos o americanos, realizados en muestra de población perteneciente a la comunidad. Aunque nuestra muestra sea clínica, parece que este aspecto no ha influido en la dimensión de consumo (Bonomo, et al., 2001; Calafat, Fernandez Gomez, Juan, & Becona, 2007; Font-Mayolas et al., 2013; Smith, Farrell, Bunting, Houston, & Shevlin, 2011), al contrario de lo que se podría esperar ya que en numerosos estudios los porcentajes de consumidores entre las poblaciones clínicas son más altos (Bucholz, 1994). En cuanto a la prevalencia de consumo de otras sustancias, teniendo en cuenta que el consumo de más de una sustancia, es muy común entre los jóvenes de las sociedades occidentales, esperábamos encontrar un alto porcentaje de adolescentes que declararan consumir tanto alcohol como otras sustancias ilegales (Collins, 1998), como efectivamente pudimos observar, con una prevalencia del 82.9%.

Un alto porcentaje de los adolescentes encuestados consume alcohol regularmente además de otras drogas. La edad media de inicio en el consumo de alcohol en nuestro país es, según la última encuesta de ESTUDES, es de 13.7 años; una edad que se acerca a la de otros países occidentales, no siendo este hecho menos preocupante por ello, sino que muestra la magnitud de este consumo, puesto que, el consumo de alcohol en unas edades tan tempranas, sin duda conllevará una serie de consecuencias (Carpintero, Soriano, Lázaro, Del Campo, & López, 2005; Moya, 2007). Además suele responder a un patrón de policonsumo y de consumo en forma de atracón o *binge drinking*, es decir, un consumo masivo de alcohol en un breve periodo de tiempo, que busca la embriaguez y que es altamente peligroso. Este es uno de los motivos por el que se ha incluido en el estudio un grupo de jóvenes que, aun encontrándose en etapas iniciales de consumo de sustancias, ya han experimentado dificultades y buscan ayuda o tratamiento (grupo 3). Aunque no hemos estudiado la edad de inicio de consumo, incluimos en la investigación adolescentes desde los 13 años de edad, ya que parece ser la edad a la que comienza a consumirse alcohol entre los jóvenes de nuestro país.

.Es común encontrar que el consumo de una sustancia lleva al consumo de otra; tal y como hemos observado en nuestra muestra, ya que, aunque un elevado porcentaje de los jóvenes sólo consumía alcohol, un cuarto de los adolescentes consumían junto con el alcohol alguna otra sustancia ilegal. Así ocurre por ejemplo con el consumo de tabaco, que está en muchas ocasiones asociado al del alcohol (Cavazos-Rehg, Krauss, Spitznagel, Grucza, & Bierut, 2014; Myers & Brown, 1994). Por lo tanto, esperábamos encontrar en nuestro estudio unos mayores porcentajes de consumo de tabaco en los grupos de consumidores que en los no consumidores de alcohol, tal y como efectivamente pudimos observar. Además, el consumo de cannabis fue el más común después del de alcohol y tabaco, algo que también encontramos en muchas encuestas de consumo adolescente de nuestro país (Font-Mayolas, et al., 2013; Molinaro et al., 2011). El consumo de cannabis siempre se encontró asociado al del alcohol entre los jóvenes entrevistados en nuestro estudio. Su consumo está bastante extendido y suele ser una droga que contribuye al mayor consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, al absentismo escolar y al mantenimiento de relaciones sexuales sin protección (Wekerle, 2009).

En otros estudios españoles, los porcentajes de consumo de alcohol eran semejantes a nuestro estudio, aunque la prevalencia de consumo era algo más alta, las mayores diferencias se encuentran en los porcentajes de consumo de otras drogas, puesto que, por ejemplo, los adolescentes encuestados por Calafat y cols. reportan un alto consumo de sustancias ilegales (Calafat, et al., 2007), al igual que en el estudio de Font-Mayolas, en el que más de la mitad de los encuestados consumen alcohol, tabaco y cannabis (Font-Mayolas, et al., 2013), mientras que en nuestros resultados, la proporción de adolescentes que consumen drogas no es tan grande, y aunque es preocupante que un 16% de nuestra muestra consuma alcohol y cannabis, las diferencias pueden deberse al entorno en el que sean realizado las evaluaciones.

Cuando buscamos qué es lo que lleva a los jóvenes a consumir, encontramos que las motivaciones pueden ser muchas, pero que sobre todo giran en torno a la aceptación social, la búsqueda de sensaciones nuevas, de independencia o el deseo de probar cuáles son los propios límites. En una encuesta sobre adolescentes norteamericanos, se observó que únicamente alrededor de un cuarto habían probado alguna sustancia antes

de entrar al instituto, y que sólo el 50% seguirían abstinentes a lo largo de los siguientes cursos (Johnston, O'Malley, Bachman, Schulenberg, 2007), y es por ello que en el presente estudio quisimos observar todo el rango de edades en edad adolescente, hasta la edad de 19 años. El 46% de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha tenido alguna vez problemas como consecuencia de su consumo de alcohol, como riñas o discusiones (23%), peleas con agresión física (11%), conflictos con la familia (14%), faltas en la escuela o trabajo (5%), así pues, el analizar y controlar el consumo es una tarea importante para prevenir, no sólo la dependencia al alcohol u otras drogas, sino también la implicación en conductas negativas y acciones peligrosas que suelen acompañar este consumo. En nuestra muestra, no realizamos una encuesta específica de problemáticas derivadas del consumo, aunque la mitad de los jóvenes observados ya había experimentado problemas debido a su consumo de sustancias, y por estas razones acudían a programas de tratamiento, por lo que nuestros resultados parecen confirmar los datos encontrados por Carpintero y su equipo, aunque no disponemos de datos sobre las problemáticas presentes en cada uno de ellos (Carpintero , et al., 2005; Junta de Castilla y León, 2002, 2005; Plan Nacional Sobre Drogas, 2001, 2005).

En el uso de sustancias, encontramos ciertas diferencias en cuanto al género; en el grupo de adolescentes no consumidores encontramos que únicamente 2 de cada 10 individuos son chicas, por lo que el porcentaje de chicos que no consumen en nuestra muestra es grande. En el Grupo 2, casi la mitad de la muestra es mujer, porcentaje similar en el Grupo 3, aunque en este último grupo es algo más reducido. Si tenemos en cuenta la evolución que ha sufrido en relación al género el consumo de alcohol y otras sustancias, observamos que la tendencia es hacia la igualdad. Cuando se comenzó a estudiar la prevalencia de consumo entre los jóvenes, existía una clara tendencia en la que los varones consumían más y en mayor cantidad. En los últimos Estudios Europeos sobre consumo (ESPAD), se ha observado que esta tendencia ha cambiado ya en ciertos países, el consumo de chicos y chicas se ha igualado, e incluso es mayor entre las chicas, contrariamente a lo que venía sucediendo. En España, en la encuesta estatal de consumo ESTUDES, también los porcentajes de consumidores están igualados entre chicas y chicos, las chicas parecen consumir en más ocasiones, aunque los chicos lo hacen en mayores cantidades. Nuestros datos y los de otros trabajos señalan

efectivamente un cambio de tendencia que nos lleva a analizar cuáles son los motivos de consumo con respecto al género. En este sentido, Goldstein señala que las mujeres tienen un estilo de consumo de alcohol que se produce como forma de regulación de emociones y manejo de los sentimientos de depresión, mientras que los hombres que declaran haber sufrido malos tratos en su infancia lo hacen para ensalzar sus relaciones sociales; y por lo tanto modular sus afectos positivos. Estas informaciones son importantes desde el punto de vista de la intervención, ya que en aquellos que presentan una dependencia a sustancias, tendremos que tener en cuenta si existe la presencia de malos tratos en su historia, y dependiendo del género intervenir de una forma u otra, observando cuáles son los motivos que llevan a cada persona a beber por ejemplo, e incidir en ellos, dando alternativas para ensalzar los estados de humor positivos o métodos para afrontar las sensaciones negativas (Goldstein, et al., 2010).

De esta forma, en cuanto al **objetivo específico 1** que pretende estudiar la prevalencia de consumo en una muestra de adolescentes de la ciudad de Madrid, encontramos que, en relación a la **hipótesis 1**:

“La gravedad del consumo de sustancias será mayor entre aquellos adolescentes que han buscado asistencia por un problema derivado del consumo que entre aquellos adolescentes que consumen, pero no han buscado ayuda.”

El grupo de adolescentes que acuden a un dispositivo de atención a jóvenes que presentan problemas de consumo, presenta en un 100% consumo de alcohol, mientras que en el grupo de adolescentes reclutado en atención primaria, un porcentaje de 61.6% consume alcohol, a pesar de no considerarlo un problema o demandar ayuda por ello. Dentro de los dos grupos de adolescentes que consumen alcohol, el uso de otras sustancias está extendido (32.4% en el grupo 2, y 39.4% en el grupo 3). Sin embargo, no existe un perfil diferenciado de policonsumo entre ellos, a pesar de que lo más común en ambos grupos es la combinación de alcohol y cannabis.

Es por ello que la diferencia entre ambos grupos podría encontrarse en otro tipo de variables moduladoras, como podrían ser los antecedentes de maltrato, los familiares de consumo o factores relacionados con el estado emocional y psicopatológico en los jóvenes.

5.2. Maltrato infantil

Las variables relacionadas con las experiencias adversas en la infancia han sido ampliamente estudiadas como mediadoras e influencias directas de riesgo de consumo entre los jóvenes.

Entre los datos obtenidos de nuestra muestra, en los jóvenes pertenecientes a los grupos de consumidores (grupos 2 y 3), encontramos un mayor número de reportes de maltrato; y es que el haber experimentado situaciones difíciles o estresantes está directamente relacionado en muchos casos con el consumo de sustancias (Anda, et al., 2006; Green et al., 2010; Keyes, Hatzenbuehler, Grant, & Hasin, 2012). Entre estos dos grupos de consumidores encontramos algunas diferencias, ya que los porcentajes de maltrato eran mayores entre aquellos que habían buscado ayuda, al igual que sucedía con el consumo, es decir, parece que la situación de aquellos que han buscado ayuda es más severa que la de aquellos que no lo han hecho.

Aquellos participantes de nuestro estudio que habían sufrido abusos en su infancia obtuvieron puntuaciones mayores en las medidas de severidad de la dependencia alcohólica y comorbilidad psiquiátrica, tal y como se ha encontrado en otros estudios (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2011); parece que es recurrente la asociación entre el maltrato infantil y otros estresores, que se asocian con un comienzo más temprano en el consumo de alcohol y posteriores trastornos de dependencia (Enoch, 2011; Huang, et al., 2011). Por lo tanto, tal y cómo esperábamos, encontramos porcentajes de maltrato infantil más bajos entre el grupo de no consumidores (grupo 1). Además, los rangos de puntuación en las medidas de maltrato en aquellos sujetos que si lo experimentaron, fueron mucho más bajos en este grupo, por lo que la severidad del maltrato fue, en general, menor.

Sufrir malos tratos en la infancia y adolescencia, es decir, antes de los 18 años, aumenta las probabilidades de uso e inicio de consumo de alcohol y otras drogas a una edad temprana, algo que se ha observado en multitud de estudios (Bensley, et al., 1999; Hussey, et al., 2006; Ireland, Smith, & Thornberry, 2002; Sartor et al., 2013; Thornberry, Ireland, & Smith, 2001; Thornberry, Moore & Christenson, 1985). Estas vivencias también se han relacionado con el consumo de alcohol en la etapa adulta y con posteriores trastornos por dependencia de alcohol (Anda, et al., 2002; Dube, Anda,

Felitti, Edwards, & Croft, 2002; MacMillan, Tanaka, Duku, Vaillancourt, & Boyle, 2013; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Nelson et al., 2002), incluso utilizando diferentes paradigmas, diseños, y tipos de población. Nuestro objetivo por lo tanto, fue el encontrar las variables que hacen que esta relación de consumo y maltrato infantil se produzca.

Los déficits que se relacionan con el maltrato infantil son de tipo social, cognitivo, emocional y conductual (Putnam & Trickett, 1997), y éstos tendrán asociadas una serie de consecuencias tales como una pobre adaptación escolar o relaciones negativas con los compañeros por parte de quienes han sufrido malos tratos. Una de las posibilidades que se plantean para explicar el uso de alcohol y otras drogas por parte de los adolescentes que han sufrido malos tratos es que utilicen las sustancias para manejar sus problemas, aquellos de relación con sus compañeros, los derivados del rendimiento escolar, o como forma de alterar sus experiencias internas y por lo tanto de reducir el dolor psicológico (Auerbach-Walker, 1988; Hussey, 1996; Kaminer, 1999; Rotheram-Borus, Mahler, Koopman, & Langabeer, 1996). En nuestro estudio, dada la magnitud del mismo, no hemos podido realizar un examen exhaustivo de las consecuencias derivadas de las experiencias de maltrato, centrándonos en las conductas de consumo, y en la posible presencia de psicopatología asociada, no obstante, es una línea futura de trabajo el evaluar el impacto del consumo y del maltrato en el rendimiento escolar y social de estos jóvenes.

En los tres tipos de abuso medido (sexual, físico y emocional), los porcentajes de maltrato son alrededor del doble en el grupo de adolescentes que busca ayuda. En cuanto a las medidas de negligencia (física y emocional), eran mayores en las dos dimensiones también en este mismo grupo de adolescentes que han mostrado problemas derivados del consumo. Se había estimado que las cifras de maltrato serían mayores entre los que piden ayuda, ya que es muy probable que las situaciones que sufren o han sufrido estos adolescentes, y que les llevan a pedir asistencia, sean de mayor gravedad, como se ha confirmado.

En los datos de nuestro estudio, los rangos de puntuaciones, es decir, la severidad de los casos reportados fue, una vez más, mayor entre los adolescentes que buscan asistencia, de la misma manera que se había pronosticado. Una de las posibles razones de este hecho es que, cuando un adolescente busca ayuda, quizás sea porque no

ha sido capaz de manejar la situación o ésta es de una gravedad tal que necesita de una ayuda externa, y no es suficiente la ofrecida por amigos, profesores o padres. Cuando el problema es de menor gravedad, parece que la ayuda que suele buscarse es de tipo informal, sin embargo, cuando el problema es de mayor severidad, la tendencia es buscar ayuda en fuentes formales (Buscemi et al., 2010; Raviv, Sills, & Wilansky, 2000; Raviv, Vago-Gefen, & Fink, 2009). Además, la severidad en el abuso se asocia a un inicio más temprano de consumo de drogas (Darke & Torok, 2014) y correlaciona con peores consecuencias y medidas de consumo de alcohol en aquellos que han sufrido malos tratos (Dube, et al., 2005; Romano, 2001).

La cuestión de por qué los adolescentes piden ayuda o no ha sido ampliamente estudiada. En archivos de la OMS (Barker, 2007) encontramos que una de las razones principales por las que los adolescentes suelen pedir ayuda se relaciona tanto con el consumo de sustancias como con las situaciones de abuso y maltrato. Entre los factores individuales que influyen en esa búsqueda de ayuda se encuentra el género; las chicas son más proclives a buscar ayuda y a utilizar los sistemas de soporte social que los chicos.

Al dividir nuestra muestra de adolescentes entre varones y mujeres, observamos que los porcentajes de maltrato eran mucho mayores entre los varones, aunque esta tendencia no es común, ya que en varios estudios se ha encontrado que los malos tratos son más comunes entre las niñas, con la excepción del maltrato físico, así pues, parece existir un rol de género en cuanto al maltrato (Christoffersen, Armour, Lasgaard, Andersen, & Elklit, 2013; Dube, et al., 2005). En nuestra muestra, entre aquellos que declararon no consumir, ninguna de las chicas refirió haber sido víctima de maltrato, y aunque entre los chicos sí se encontraron casos, los porcentajes son similares a las medias de población normal (Centro Reina Sofía, 2001a), exceptuando la ausencia de casos de AS entre varones, hecho quizás relacionado con algún tipo de ocultación de información, ya que la estimación de prevalencia de este tipo de maltrato en población general aparece en la mayoría de los estudios (MacMillan, et al., 2013; Molnar, et al., 2001).

Los valores de AF son mucho menores en mujeres y los valores de los dos grupos de consumidores son muy similares en varones, a excepción del AE y la NE que

son mucho mayores en el grupo que solicita apoyo, sobre todo en AE en el que se multiplican por 30 los casos.

Cuando dividimos la muestra diferenciando el patrón de consumo (no consumidores, consumidores y policonsumidores), en la prevalencia de maltrato observamos que los porcentajes del grupo 1 y del grupo 2, es decir los participantes no policonsumidores, son bastante similares en las mujeres. Entre los policonsumidores, el 97% de ellos refiere haber sido víctima de algún tipo de maltrato tal y como preveíamos: el consumo de mayor gravedad se relaciona con la vivencia de situaciones estresantes.

Prácticamente la totalidad de la muestra de personas que consumen alcohol en nuestro estudio presentan una historia de maltrato. Asimismo, más de la mitad de ellos han sufrido más de un tipo de maltrato. El más común de los maltratos es la NE; es el que más se presenta en todos los grupos y el que aparece asociado a otros tipos de maltrato en 12 de las 16 posibles combinaciones encontradas. Un reciente estudio realizado con adultos en tratamiento por dependencia alcohólica ha revelado que el maltrato emocional es uno de los más fuertes predictores de la severidad de la dependencia alcohólica, por lo que es un importante factor de la etiología de la dependencia al alcohol (Potthast, Neuner, & Catani, 2014), y es la razón por la que parece importante que lo tengamos en cuenta, por su alta prevalencia y la posible relación causal existente entre el malestar emocional del niño o adolescente y la búsqueda de consumo de sustancias. Goldstein y cols. encontraron que los hombres que habían sufrido múltiples tipos de negligencia escapaban de las consecuencias negativas de estas malas experiencias manejando las sensaciones de ansiedad y depresión a través del consumo de alcohol, es decir, los hombres que han sufrido malos tratos informan de que beben como forma de sentirse mejor. En cambio, las mujeres con una historia de abuso beben para regular y frenar los afectos negativos (Goldstein, et al., 2010).

Aunque la prevalencia que se encuentra en gran parte de los estudios de abuso emocional y distintos tipos de negligencia es llamativamente alta, la mayoría de los estudios se centran en el AS, por ser uno de los tipos más agresivos de maltrato. Muchos de estos estudios se han realizado en mujeres, aunque existen estimaciones que dicen que el abuso sexual en varones no es infrecuente, siendo el porcentaje de AS de alrededor del 14% (Briere & Elliott, 2003), sin embargo, este porcentaje es probable que

minimice la casuística real por la propia naturaleza del problema. Al igual que en los casos de mujeres, el AS en varones se asocia con un aumento del consumo de alcohol y de las conductas sexuales de riesgo (DiIorio, Hartwell, & Hansen, 2002; Hamburger, Leeb, & Swahn, 2008; Paul, Catania, Pollack, & Stall, 2001) por las graves consecuencias a nivel emocional que ocasionan.

Existen varias explicaciones de la asociación entre el abuso de alcohol y los malos tratos. En el abuso sexual en mujeres se advierten asociaciones en ambas direcciones: por un lado, el consumo de alcohol se asocia a situaciones de abuso sexual (Menard, Hall, Phung, Ghebrial, & Martin, 2003), y por el otro, el abuso sexual es un factor de riesgo para el consumo, además hace que sean más comunes los trastornos psicopatológicos a consecuencia del maltrato, que a su vez predisponen hacia el consumo de alcohol, y tanto el consumo de alcohol como la psicopatología pueden derivar de un factor de riesgo común.

Estimaciones en la población general asocian la exposición a AS en la infancia con un incremento de entre 1.5 a 3 veces del abuso de alcohol a lo largo de la vida (Dinwiddie et al., 2000; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996; Kendler et al., 2000; Molnar, et al., 2001; Nelson & Wampler, 2002), tanto en estudios de comunidad (Kilpatrick et al., 2000), como en estudios de muestras clínicas (Moncrieff & Farmer, 1998; Simpson & Miller, 2002). Además, se ha relacionado con un incremento en el riesgo de dependencia alcohólica en la edad adulta, así como con el patrón de consumo en forma de atracón o *binge drinking* y a una menor edad en el inicio de consumo de alcohol. Sin embargo, no está claro cómo se desarrolla esa dependencia (Santor, et al., 2007). En nuestro estudio, la relación encontrada entre este tipo de abuso y el consumo de alcohol no se establece, aunque sí se observa que el AS aumenta en 16 puntos el riesgo de policonsumo de sustancias, tanto si se controla por variables socio-demográficas, como si no. Los mismos resultados encontraron Shin y cols. en su estudio realizado con chicas adolescentes, en el que consideraron varios tipos de maltrato en relación al consumo de alcohol en forma de atracones (Shin, Edwards, & Heeren, 2009). Por otra parte, en una investigación realizada en colegios rurales de EEUU, en población comunitaria (Moran, et al., 2004), se encontró que efectivamente el haber sufrido malos tratos se asociaba con el uso de sustancias en adolescentes, y que eran aquellos que habían experimentado AF y AS los que tenían un mayor riesgo. En nuestro

estudio, no sólo fueron estos tipos de maltrato los que hacían aumentar la relación entre maltrato y consumo, sino también los de negligencia física, pero sobre todo en el caso de la presencia de negligencia de tipo emocional.

Las situaciones de maltrato dentro de la familia se asocian con un débil apego y por lo tanto con una desconexión de la familia que predice una conformidad social baja, que a su vez se relaciona con el policonsumo (Hodson, et al., 2006). La asociación entre maltrato en la infancia y los episodios de alto consumo de alcohol pueden deberse a un problema de regulación de los procesos de auto-control (Shin, Hong, & Jeon, 2012).

Sin embargo, como hemos mencionado anteriormente, no sólo el maltrato en forma de abuso sexual, o el abuso físico (Lange, 1999; MacMillan, et al., 2001), que se distinguen como los tipos de maltrato más graves y que han sido los más estudiados, presentan consecuencias en el niño o adolescente, sino que los maltratos de tipo emocional y la negligencia tanto física como emocional presentan consecuencias como el desarrollo de trastornos posteriores (Kaplan, Pelcovitz, & Labruna, 1999; Kent, Waller, & Dagnan, 1999).

Por lo tanto, los maltratos de tipo emocional, ya sean en forma de abuso o negligencia, son muy comunes y se vivencian de forma intensa en la adolescencia (Hussey, et al., 2006). En un reciente estudio realizado en Australia, se asoció directamente la negligencia percibida en la infancia con el uso de sustancias como el alcohol y el tabaco (Mills, Alati, Strathearn, & Najman, 2014), encontrando estas asociaciones positivas, como en nuestro estudio, en el que hemos observado que los antecedentes de negligencia emocional multiplican por 17 los riesgos de consumir alcohol en la adolescencia y por 11 los de consumir más de una sustancia, mientras que la presencia de abuso físico resulta en un incremento de 10 veces el riesgo de consumo de alcohol en la adolescencia,.

La negligencia hacia los niños, ya sea física, emocional o educacional no siempre es detectada. A pesar de que una gran proporción de los niños que son víctimas de maltrato han presentado algún tipo de negligencia por parte de sus cuidadores. Existen varios tipos de negligencia (física, de cuidado, emocional, de formación), y a pesar de que ha sido el tipo de maltrato infantil menos estudiado, es el más común. En EEUU, se encontró que de la muestra de niños que estaban bajo los servicios de

protección del menor, un 62.8% de ellos había sufrido situaciones de negligencia (US Department of Health and Human Services, 2007).

Aunque no todos aquellos que declaran haber sido víctimas de malos tratos o abusos presentan síntomas de debilidad psicológica durante su edad adulta, ya que las consecuencias dependerán de cómo se perciben los eventos, se asumen y se procesan (Williams, 1993); asimismo, la duración y frecuencia del abuso, la edad de inicio de éstos y quién sea la persona que los haya perpetrado (Crowley & Seery, 2001; Johnson, Pike, & Chard, 2001; Pettigrew & Burcham, 1997; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000), contribuirán a la experiencia de estrés (*distress*) futura. No todas aquellas mujeres que han sufrido abusos sexuales terminan desarrollando una dependencia alcohólica, por lo que la asociación es muy probable que esté mediada por factores genéticos y/o ambientales (Copeland, et al., 2011).

En un estudio de Kaufmen y cols., realizado entre 76 niños víctimas de maltrato y 51 niños de la comunidad, se encontró que aquellos niños que sufrieron maltrato informaron de un uso de alcohol 7 veces mayor que los que no lo padecieron (29%) (Kaufman et al., 2007). Además, en el seguimiento a estos mismos niños, declararon iniciarse en la bebida hasta 2 años antes que los controles (11.2 años frente a 13.5). El inicio en el consumo de alcohol se predijo con los factores de maltrato y la presencia del alelo *s* en el gen *5-HTTLPR*, es decir, con la interacción gen-ambiente. Por lo que existen más factores que debemos contemplar, como las características socio-demográficas, educativas e incluso genéticas de la persona, que pueden ser la causa del incremento del riesgo de consumo abusivo y dependencia, razón por la cual se realizó un análisis de las relaciones entre las variables de nuestra muestra de población, incluyendo los antecedentes familiares, que comentaremos más adelante.

Los problemas en relación con la prevalencia de maltrato incluyen factores muy diversos como el contexto en el que se ha producido, la severidad, la cercanía con aquel que lo ha perpetrado, el tiempo transcurrido desde el hecho, y la deseabilidad social en el momento de la evaluación. Este último factor se intentó controlar en nuestro estudio a través del uso de una evaluación en un contexto clínico, por lo que consideramos que este tipo de recogida de datos es un valor añadido que aporta una información complementaria, de fiabilidad en la evaluación (Hardt & Rutter, 2004; Widom, Ireland, & Glynn, 1995; Widom, White, Czaja, & Marmorstein, 2007).

Aunque existe gran cantidad de literatura que relaciona el maltrato infantil con el consumo y la dependencia de alcohol y otras sustancias, son pocos los estudios que buscan cuáles son los mecanismos psicológicos subyacentes y motivos para esta relación (Goldstein, et al., 2010). Grant y cols. identificaron una compleja relación entre los motivos que conducen al consumo y los patrones de consumo de alcohol, incluyendo la depresión y la ansiedad como factores predictivos (Grant, et al., 2001). Encontramos que las reacciones psicológicas al maltrato son diferentes según la persona, siendo los sentimientos depresivos los más comunes ante la negligencia, y los de ansiedad como reacción al abuso (Harkness, Lumley, & Truss, 2008). En un estudio realizado por Jarvis y Copeland, con la participación de 180 mujeres que fueron víctimas de abusos sexuales durante la infancia, y que acudían a tratamiento por abuso de alcohol y drogas; se mostró que aquellas mujeres que padecieron malos tratos presentaban niveles más altos de ansiedad (distrés) que aquellas que están en tratamiento pero no padecieron estos abusos, informaron además de más altos niveles de ansiedad, somatización y disociación, aunque no de depresión pero sí eran más propensas a los intentos autolíticos (Jarvis & Copeland, 1997). Elliott y Briere, en una publicación que replicaba el estudio de la asociación entre consumo y psicopatología, observaron que la patología dual es más común entre aquellas mujeres que han sufrido AS, por lo que comprueban la importancia del estudio de las variables psicopatológicas en aquellas personas que han sido víctimas de malos tratos (Briere & Runtz, 1988a, 1988b; Elliott & Briere, 1995). Cuanto más grave ha sido el abuso sufrido por el niño más alta es la asociación entre el maltrato y el historial psiquiátrico que lo acompaña, cuanto más severo ha sido el abuso, más fuerte es la asociación entre ese maltrato y las secuelas o consecuencias psiquiátricas y en relación a la salud física durante la etapa adulta, tanto de mujeres como de hombres (Arnold, 2004). En nuestra muestra, encontramos porcentajes de abuso y negligencia más altos que los de la media poblacional de países occidentales, y una prevalencia más alta de psicopatología, además de consumo de alcohol y de otras sustancias, por lo que podríamos decir que efectivamente hallamos una relación entre ellos.

Respecto al **segundo objetivo**, por lo tanto, en el que se quería estudiar la prevalencia de ocurrencia de maltrato entre un grupo de jóvenes de Madrid, y en relación a la **hipótesis 2**:

“La prevalencia de maltrato entre los adolescentes que presentan problemas con el alcohol será mayor que la prevalencia de maltrato entre los adolescentes que acuden a los dispositivos por otro tipo de problemáticas no relacionadas con el consumo de sustancias. En sujetos que han sido víctimas de malos tratos, la gravedad de la situación de maltrato estará asociada con la gravedad de los problemas por uso de alcohol.”

Encontramos que los porcentajes de maltrato entre aquellos que consumen sustancias eran mucho mayores que entre aquellos jóvenes que declararon no consumir. Además, observando los dos grupos de consumidores (2 y 3), los valores de abuso (sexual, físico y emocional) de los que buscan ayuda (grupo 3), doblan los del grupo de consumidores (grupo 2). En cuanto a los maltratos de tipo negligente, las diferencias no son tan altas, aunque sí se observa una mayor prevalencia entre aquellos que buscan ayuda, por lo que sí parece haber una relación entre mayor problemática de maltrato y mayor consumo o problemas derivados del consumo.

En el modelo predictivo de consumo se observó una relación muy fuerte entre el abuso físico y la negligencia emocional para el consumo del alcohol. En asociación con el policonsumo, el abuso y la negligencia físicos resultaron doblar el riesgo de este patrón de consumo, pero sobre todo el haber sido víctima de abusos sexuales y de negligencia emocional.

5.3. Trastornos psiquiátricos

La psicopatología podría considerarse como uno de los mediadores de la relación entre el maltrato infantil y el procesamiento de las emociones durante la edad adulta (Young & Widom, 2014), es por ello que en este estudio se quiso analizar la presencia de trastornos psiquiátricos entre los jóvenes, con el objetivo de encontrar posibles asociaciones entre trastornos psiquiátricos, maltrato infantil y vulnerabilidad para el consumo de sustancias.

La experimentación de malos tratos, ya sea en forma de abusos físicos, sexuales o emocionales, así como en forma de trato negligente por parte de los cuidadores es muy común como hemos visto, y podría explicar una gran proporción de los trastornos psicopatológicos que encontramos en los adultos (Afifi, et al., 2008; Green, et al., 2010). Por si la experiencia de maltrato no fuera suficiente, éstos normalmente coocurren (Dong et al., 2004; Dube, et al., 2002; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007), es decir, que la exposición a una forma de maltrato incrementa el riesgo de estar expuesto a otros, por lo que las consecuencias de los mismos podrían ser más graves y evidentes en la conducta de las víctimas. Como muchos estudios asocian el maltrato infantil con el desarrollo de trastornos como depresión, ansiedad, TEPT, TCA, conductas antisociales o trastornos de la personalidad (Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Kent, et al., 1999; MacMillan, et al., 2001) y dado que esperábamos encontrar altas prevalencias de maltrato entre aquellos que consumen sustancias, como efectivamente hallamos, también esperábamos encontrar altos porcentajes de psicopatología entre aquellos participantes que muestran consumo de sustancias, puesto que en numerosos estudios se encuentran asociaciones entre distintos trastornos como la ansiedad o los trastornos de la conducta alimentaria y la dependencia alcohólica, o entre el abuso sexual y el abuso de alcohol y el TEPT (Copeland, et al., 2011), y es por ello que quisimos observar si en nuestra muestra de adolescentes estas relaciones entre variables también se producían.

Encontramos en nuestro estudio un bajo porcentaje de adolescentes que cumplían criterios de psicopatología entre aquellos que no consumen ninguna sustancia, tal y como inferíamos. Entre los grupos de consumidores, tanto si habían buscado ayuda

como si no lo habían hecho, la prevalencia era similar, a excepción de los trastornos TDAH y TCA, ya que encontramos un mayor número de este tipo de trastornos entre los que buscaron ayuda, algo que se ha encontrado en varios estudios con anterioridad (Becker & Grilo, 2011).

Sin embargo, los diagnósticos más comunes fueron los de depresión y ansiedad; dentro de aquellos que tenían un diagnóstico de trastorno del humor, el 57% de los adolescentes consumían alcohol, y la combinación de drogas más común entre ellos era la de alcohol y cannabis. Entre aquellos que presentan un diagnóstico de trastorno psiquiátrico, la mitad de ellos mostraba un patrón de policonsumo.

El consumo de alcohol a edades tempranas se asocia con elevadas tasas de trastornos psiquiátricos (Kendler, et al., 2000; Moran, et al., 2004), el conjunto y número de experiencias adversas (Dube, et al., 2002) y la severidad de los maltratos a los que son sometidos aquellos que los padecen (Bulik, Prescott, & Kendler, 2001). Estos autores indicaron además que los rasgos de ansiedad no se relacionan con el consumo de alcohol en los jóvenes, aunque la ansiedad y la depresión sí son comunes entre los que terminan siendo dependientes. Estas apreciaciones son diferentes en los distintos estudios, y por este motivo realizamos un análisis más exhaustivo de las variables relacionadas con la depresión y la ansiedad en nuestra muestra de adolescentes, observando que sí existen diferencias en nuestra muestra en relación al consumo en factores de sintomatología física, ansiedad social y evitación del daño, puesto que los valores medidos de estos factores son mayores entre los dos grupos de consumidores.

Es importante por lo tanto examinar la relación entre el maltrato infantil y la comorbilidad psiquiátrica, (Green, et al., 2010; Kendler, et al., 2000; Kessler, et al., 1997; Widom, et al., 2007), ya que además existe una alta comorbilidad de los trastornos de abuso de alcohol y otras formas de psicopatología (Hasin, et al., 2007), no sólo en las formas más violentas de maltrato, sino también en las de tipo emocional. Se ha observado que en aquellos jóvenes adultos que tienen una historia de maltrato, la exposición al estrés en forma de abuso verbal durante la infancia también se relaciona con alteraciones en algunos de las vías neuronales implicadas en el desarrollo del

lenguaje y ciertos trastornos psicopatológicos que se desarrollan posteriormente, visto en imágenes de tensor de difusión sobre la integridad de los tractos de sustancia blanca (Choi, Jeong, Rohan, Polcari, & Teicher, 2009), por lo que no debemos detenernos en la conocida asociación de las formas más graves de maltrato y sus consecuencias (Swanston et al., 2003), sino que también es necesario indagar en formas menos estudiadas como el abuso emocional o negligencia, puesto que las consecuencias de este tipo de maltrato parece que no pasan desapercibidas (Afifi, et al., 2006; Afifi, Henriksen, Asmundson, & Sareen, 2012).

En nuestro estudio, hallamos que todos aquellos que mostraron un diagnóstico de ansiedad o TDAH consumen alcohol, así como casi la totalidad de los que cumplen criterios de trastorno por depresión, TEPT, TLP, por lo que encontramos una relación directa entre psicopatología y consumo de sustancias, tal y como predecíamos y se ha encontrado en varios estudios anteriores (Battle, et al., 2004). Los adolescentes que presentan un diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias, incluso en las muestras de población general, tienen unas probabilidades seis veces mayores de tener un diagnóstico de trastorno afectivos, dos veces más probabilidades de trastorno de ansiedad y 14 veces más de tener un diagnóstico de un trastorno de conducta (Roberts, Roberts, & Xing, 2007), en nuestro estudio, el presentar un TEPT multiplicaba por 25 los riesgos de presentar un consumo abusivo de alcohol. Una posible explicación para la relación entre el consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos es que se usen el alcohol y otras drogas como auto-medicación, o que los dos trastornos formen parte de un mismo problema conductual que implica tanto un alto consumo de sustancias, como problemas conductuales de agresión, conductas disruptivas, problemas de atención o impulsividad (Donovan & Jessor, 1985).

Estrés, ansiedad y depresión

Las variables de personalidad a edades muy tempranas parecen estar ya influyendo en el posterior consumo, por ejemplo, Jones (Jones, 1971) realizó un estudio longitudinal para el estudio de las características de personalidad que sirvieran de predictores del consumo de alcohol, iniciando el estudio cuando los niños contaban con 10 años. En un estudio de Dillon y cols., se hallaron correspondencias entre haber sufrido situaciones adversas en la infancia y una mayor sintomatología de anhedonia y depresión comparada con los controles, así como respuestas disminuidas hacia la recompensa y disfunciones a nivel de ganglios basales, que se relacionan con el aprendizaje basado en recompensas y con la motivación. A esta disfunción se la ha relacionado con una vulnerabilidad que puede contribuir en la presencia de efectos negativos y en la psicopatología que normalmente se asocia a los traumas infantiles (Dillon, et al., 2009).

La experimentación de estrés severo a edades tempranas produce una serie de consecuencias a nivel neurobiológico que comprende cambios permanentes en el desarrollo del cerebro (Teicher, et al., 2003). Estos cambios tendrán consecuencias en diferentes niveles; el estrés temprano influye en procesos como la neurogénesis, la superproducción sináptica o el fenómeno de pruning o mielinización en los períodos sensitivos, desde los neurohumorales, especialmente en el eje HPA, a estructurales, como reducción del tamaño del cuerpo caloso, hipocampo, amígdala y neocórtex izquierdo en general, o funcionales, como un incremento de la irritabilidad eléctrica de estructural límbicas o reducción de la actividad cerebral del vermis. Parece que además existe una diferencia en cuanto al género en la vulnerabilidad frente a la experimentación prematura de situaciones de estrés (Aseltine & Gore, 2000). Las consecuencias o secuelas más señaladas de estas experiencias son el aumento e incidencia del desarrollo de trastornos psiquiátricos o disfunciones conductuales durante el desarrollo (Teicher, et al., 2002). La morfología o la electrofisiología de aquellos que han sufrido estrés temprano o situaciones de maltrato será por lo tanto diferente a la de aquellos que no hayan experimentado estas situaciones.

Entonces, parece que la exposición a situaciones estresantes tendrá consecuencias en el manejo de las emociones, aunque el impacto de las secuelas dependerá de cómo sean esas experiencias, del momento de la vida en el que sucedan, el tipo, duración y severidad de esas experiencias (Keyes, Hatzenbuehler, & Hasin, 2011). Una de las consecuencias más estudiadas es la implicación de las experiencias adversas y estresantes en el consumo temprano de sustancias y particularmente del consumo de alcohol, ya que además de los trastornos de abuso de sustancias, la temprana edad de inicio de consumo es más común entre aquellos que han sufrido malos tratos, y el comienzo precoz de consumo se relaciona directamente con un abuso de alcohol en el futuro y el aumento de probabilidades de desarrollar un trastorno de abuso de sustancias (Grant, et al., 2001). En nuestros datos hemos encontrado que ya desde los 13 años hay consumos abusivos de alcohol. El eje HPA tiene un papel crucial en los procesos normativos de adaptación al estrés (Selye, 1936). Algunos de los procesos básicos en los que está implicado este eje incluyen la búsqueda de comida o la gestión de amenazas para la supervivencia. El alcohol utiliza la estimulación de este eje, causando respuestas similares a las provocadas por el cortisol ante situaciones de estrés, por lo que encontramos niveles anormales de cortisol en aquellos sujetos que presentan una dependencia por alcohol (Gianoulakis, Dai, & Brown, 2003; Thayer, Hall, Sollers, & Fischer, 2006). El uso de alcohol produce por lo tanto una desorganización del sistema de regulación del estrés, que podría ser la causa de muchas de las consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas o conductuales que se asocian normalmente a los consumidores excesivos de alcohol (Boschloo et al., 2011).

Hemos de tener en cuenta también que la calidad de las relaciones sociales contribuye a las variaciones en cuanto a la respuesta de cada persona al estrés, y que por lo tanto afecta al riesgo de padecer problemas de salud (Kidd, Hamer, & Steptoe, 2011). Existen muchas referencias que relacionan las experiencias en la infancia con las posibles disregulaciones del eje HPA tanto en animales como en humanos; la capacidad de regulación del cortisol en la edad adulta ante situaciones de estrés puede haberse visto alterada por experiencias adversas, traumas o abusos (Carpenter et al., 2009; Heim et al., 2000; Luecken & Lemery, 2004; Repetti, Taylor, & Seeman, 2002; Taylor et al., 2010) ante los cuales la química cerebral podría haberse visto afectada e

influnciar la respuesta emocional del individuo, como parece que ocurre entre los que han experimentado a edades tempranas experiencias estresantes. En ellos se produciría una búsqueda de los efectos positivos del alcohol como mecanismo para manejar o escapar del trauma y la depresión, de reducir los sentimientos de soledad, mejorar la autoestima o incluso como forma de conducta auto-destructiva. (Widom, 1994). El tipo de reacción observado en cada individuo dependerá de su capacidad de manejo, sus conductas sociales o la presencia de ciertos trastornos (Burk, et al., 2011).

Los perfiles neuroendocrinos de aquellos que presentan un trastorno de personalidad sumado a algún tipo de experiencia estresante o adversa en la infancia son muy similares a los de aquellos que presentan un TEPT crónico (Lee & Forsythe, 2011). Así pues, la vivencia de situaciones estresantes está muy ligada al consumo de alcohol y otras drogas, y relacionada a su vez con la presencia de trastornos psiquiátricos. Una vez más, dependiendo de la severidad, de la cronicidad del agente estresante, de si éste es inesperado o no, sucede en la infancia o en la madurez, es continuo o esporádico, las consecuencias serán diferentes (Dohrenwend, 2000).

El estrés debido al maltrato y que produce una falta de regulación de los sistemas de respuesta aumenta la vulnerabilidad hacia los estados psicopatológicos, poniendo al individuo en un alto riesgo para la presencia de trastornos de abuso de alcohol o de sustancias (De Bellis, 2002). Otra tendencia de estudio de la etiología del alcoholismo contempla la importancia de las diferencias individuales (Cox et al., 2001; Zucker, 2006), entre las que podemos encontrar que las respuestas al estrés varían entre aquellos que, por ejemplo tienen una historia familiar de alcoholismo (Sher, Grekin, & Williams, 2005) o entre aquellos que presentan un trastorno de ansiedad social (Grant et al., 2005). Los indicadores de ajuste social y comportamiento incluso desde la niñez pueden predecir el riesgo de consumo de alcohol más tarde en la adolescencia y edad adulta (Maggs, Patrick, & Feinstein, 2008). En nuestros resultados, esta asociación se ha revelado a través de las relaciones de riesgo encontradas entre aquellos que presentaban rasgos de ansiedad social o evitación del daño y el policonsumo y sobre todo en el gran aumento de consumos de riesgo que se evidencia cuando uno de los progenitores es alcohólico.

Los adolescentes que presentan un trastorno por uso de alcohol exhiben mayores proporciones de problemas psicológicos asociados, incluidas elevadas tasas de trastornos depresivos mayores que aquellos que no consumen o lo hacen moderadamente (Clark, Lesnick, & Hegedus, 1997; Greenbaum, Prange, Friedman, & Silver, 1991; Kaminer, Connor, & Curry, 2007; Kandel et al., 1999). El hecho de que la comorbilidad psiquiátrica, es decir, la presencia de patología dual sea muy común pone de manifiesto la necesidad de intervenir en los dos tipos de trastorno presente ya que la falta de un adecuado tratamiento de uno de ellos seguramente interferirá en la recuperación del otro (Volkow, 2004). De ahí la importancia de hacer un análisis integral de las variables presentes en nuestra muestra, particularmente entre aquellos grupos de adolescentes que tienen un consumo de riesgo.

En nuestro estudio, no hay datos de trastornos de ansiedad en aquellos adolescentes que declaran no consumir ninguna sustancia, y en los datos relativos al trastorno por depresión, los porcentajes son muy bajos. Existen por lo tanto diferencias significativas entre aquellos que no consumen y los que sí lo hacen. Sobre todo en relación a los rasgos de ansiedad social, sintomatología física y evitación del daño. Siendo aquellos que consumen (grupos 2 y 3) los que muestran mayores puntuaciones en la escala que mide factores de ansiedad, sobre todo en relación a la ansiedad social y la evitación del daño. En sintomatología física no encontramos diferencias significativas entre los que consumen y los que buscan ayuda, y no hubo diferencias entre los grupos en ansiedad separación-pánico.

Parece que la tendencia a consumir a una edad más temprana se relaciona con factores de la salud emocional como el estrés y el cuidado (Costello, Erkanli, Federman, & Angold, 1999; Fergusson, Horwood, & Ridder, 2007). Los síntomas depresivos a edades tempranas se relacionan con el consumo de sustancias (Hussong & Hicks, 2003; King & Chassin, 2004; Pardini, Lochman, & Wells, 2004). En cuanto a la ansiedad, existen datos en las dos direcciones: asociaciones positivas entre los síntomas ansiosos y el consumo (Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000; Marmorstein, White, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2010), mientras que en otros estudios encuentran justamente lo contrario: el temor y la ansiedad se asociarían a un riesgo más bajo de inicio y uso de sustancias (Pardini, White, & Stouthamer-Loeber, 2007). Estos resultados contrarios o

mixtos podrían deberse a que se están midiendo diferentes dimensiones de la ansiedad, y es que algunos tipos de ansiedad podrían ser protectores del consumo en la adolescencia, como la evitación del daño o la ansiedad de separación, inhibiendo a aquellos que presentan altas puntuaciones en estas dimensiones, quienes suelen tender a tener menos conductas de riesgo o de afiliación con compañeros que indisciplinados (Kaplow, Curran, Angold, & Costello, 2001; Wills & Cleary, 1999), sin embargo, otros aspectos como la ansiedad social harían que se incrementara el riesgo (Kashdan, Elhai, & Frueh, 2006). Diferencias que siguen esta tendencia también se han observado en nuestra muestra, ya que ciertos aspectos de ansiedad se observaron como protectores del consumo mientras que otras aumentaban el riesgo de uso de sustancias. Los valores encontrados en nuestros análisis mostraban que el factor de evitación de daño actuaba como protector en cuanto al consumo de alcohol en un modelo predictivo general. También actuaban como protectores la sintomatología física y el TLP para el policonsumo. En el caso de la ansiedad social y la evitación del daño, resultaron ser factores de riesgo para el patrón de policonsumo. Sin embargo, y para todos estos factores relacionados con los dos tipos de consumo analizado, debemos tener en cuenta que se trataría de una tendencia, puesto que los valores del riesgo (OR) obtenidos no son demasiado relevantes para el consumo, a pesar de ser estadísticamente significativos, esta significación sería debida a la amplitud de la muestra utilizada para el estudio, y por lo tanto influirían poco en la clínica.

En ciertos estudios sí se han encontrado relaciones entre factores de ansiedad y rasgos protectores de consumo: por ejemplo, en un estudio realizado en una amplia muestra epidemiológica, aquellos que mostraron signos tempranos de ansiedad generalizada presentaban un incremento del riesgo de consumo de alcohol, sin embargo, aquellos que manifestaban sintomatología de ansiedad por separación tenían un riesgo reducido de uso de alcohol, independientemente del género del participante. Además, signos depresivos a corta edad sí se asociaba con el consumo de alcohol en la adolescencia. Este estudio muestra la importancia de observar las distintas dimensiones de la sintomatología ansiosa, ya que podría ayudarnos a identificar algunos perfiles que se pudieran emplear para evitar el consumo de alcohol (Kaplow, et al., 2001).

Como predictores de la edad de inicio de consumo de alcohol, aquellos niños que presentan mayores puntuaciones de ansiedad separación/pánico muestran un menor riesgo del inicio temprano de consumo de alcohol (McCarty, Rhew, Murowchick, McCauley, & Vander Stoep, 2012) y es que ciertas formas de ansiedad retrasan la edad de inicio de consumo de alcohol; niveles elevados de síntomas de separación/pánico inhiben la iniciación al alcohol, aquellos que muestran síntomas de ansiedad de separación podrían estar más protegidos del consumo por una intensa conexión hacia sus padres. En el presente estudio, no existen diferencias en este factor de ansiedad, resultando protector para el consumo de alcohol, como en otros estudios.

Cabe destacar que, al establecer nuestro **tercer objetivo**: la relación entre la presencia de distintos trastornos psicopatológicos y variables de ansiedad como variables moduladoras del desarrollo de trastornos por uso de alcohol y otras sustancias, observamos la importancia de resaltar el papel que el estrés y la ansiedad juegan en el consumo adolescente. Por lo tanto, en relación a la **hipótesis 3**:

“Los adolescentes que tienen consumo de riesgo de alcohol y otras sustancias presentarán una mayor prevalencia de psicopatología y mayores niveles de ansiedad que aquellos que no consumen alcohol”

Volvemos a observar la misma tendencia que en las hipótesis anteriores, ya que aquellos que no consumen sustancias muestran prevalencias muy pequeñas o nulas en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos evaluados. En cuanto a las prevalencias de aquellos que consumen, encontramos porcentajes muy similares entre aquellos que consumen, con independencia de si han pedido ayuda o no.

La presencia de un TEPT incrementa en 25 veces el riesgo de consumir de alcohol durante la adolescencia. Los trastornos depresivos se relacionan con el riesgo de policonsumo de sustancias, doblando las probabilidades de este tipo de consumo.

En cuanto a los niveles de ansiedad, todos aquellos que mostraban un trastorno de ansiedad, eran consumidores de alcohol. En cuanto a los factores de ansiedad estudiados, aunque los datos obtenidos en nuestros modelos de predicción resultan en algunos casos significativos, no resultan ser de gran influencia en la variable estudiada. Nuestro elevado tamaño muestral sería el que justificaría que algunas OR, cercanas a cero, sean estadísticamente significativas sin que esta significación tenga una repercusión clínica.

5.4. Historia familiar de consumo

Son muchos los elementos que relacionan el tener familiares de primer grado con problemas o trastornos por consumo de sustancias y las probabilidades de presentar igualmente problemas de consumo (Díaz, et al., 2008; Trocmé, 2010). Puesto que no sólo podemos hablar de las relaciones o predisposiciones genéticas hacia el consumo o el abuso, que pueden existir, sino que además el hecho de que los cuidadores de los niños consuman alcohol u otras drogas es un factor de riesgo muy importante para el maltrato de esos niños (Laslett, Room, Dietze, & Ferris, 2012). En estos casos existen factores de riesgo en el ambiente; crecer en una familia en la que al menos uno de los progenitores es alcohólico tiene un gran y negativo impacto en la vida, por tener que convivir en un hogar muchas veces caótico, disfuncional, y en el que los niños son testigos de violencia doméstica y de abusos (Dube et al., 2001). Además, el haberse desarrollado en una familia en la que los progenitores son alcohólicos aumenta los factores de riesgo, tanto desde el punto de vista genético como ambiental, de que esos niños abusen del alcohol (Johnson & Leff, 1999), por la existencia de un modelado y repetición de conductas observadas en el hogar. Por lo tanto, estos niños que han crecido en entornos en los que uno o los dos progenitores tienen problemas de consumo, presentarán una mayor predisposición al abuso de sustancias y otras patologías psiquiátricas. No obstante, no está claro si ese aumento en el riesgo para las consecuencias negativas de estas circunstancias ocurriría en ausencia de otras condiciones adversas socio-demográficas que suelen acompañar al hecho de que haya un alcohólico en la familia (Díaz, et al., 2008; Dube, et al., 2001).

En nuestro estudio, el grupo de no consumidores refería bajos porcentajes de madre o padre alcohólicos, sin embargo, la prevalencia aumentaba en los grupos de consumidores de sustancias, tanto si habían buscado ayuda como si no lo habían hecho.

Los servicios sociales estadounidenses estiman que alrededor del 30% de los casos de maltrato infantil se relacionan con padres alcohólicos, y que en más de la mitad de las ocasiones en las que se ha producido un acto violento, el progenitor estaba bajo los efectos del alcohol (Collins, Ellickson, & Bell, 1998; Dube, et al., 2001; Sedlak, 2010). De ahí la importancia de conocer estos datos en nuestra muestra. En el grupo de

no consumidores, hallamos unos porcentajes reducidos de madre (0.9%) y padre (3.4%) alcohólicos, sobre todo si lo comparamos con los datos procedentes de consumidores de alcohol, en los que un 95.7% declara que su padre tiene problemas de dependencia alcohólica y el 96.3% su madre. En el caso del policonsumo, un 74% refieren que su madre es alcohólica y el 55% que lo es su padre.

Donohue y cols., exponen en su estudio que más de la mitad de los padres que han abusado o descuidado a sus hijos mostraban evidencias de abuso de drogas (Donohue, 2006), por lo que parece existir una correspondencia entre el abuso de sustancias y el maltrato infantil, ya que los hijos de alcohólicos tienen más probabilidades de sufrir malos tratos (Gilbert, et al., 2009), y en nuestro estudio hemos encontrado la misma tendencia.

El uso de sustancias en la madre se asocia a tipos de maltrato relacionados con el AS, AE y NF, mientras que el hecho de que sea el padre quien abusa de sustancias se relaciona principalmente con el abuso físico. Cuanto mayor ha sido la severidad del maltrato, parece que antes se produce el primer consumo (Taplin, Sahoo, Li, & Krausz, 2014), y mayores pueden ser por lo tanto las consecuencias negativas y la repercusión de este consumo en la vida del adolescente. Tal y como aparece en nuestra muestra, ya que tres de cada cuatro adolescentes cuya madre presentaba problemas con el alcohol presentaba un patrón de policonsumo, y uno de cada dos cuyo padre es alcohólico también presenta este patrón.

Además de factores como los genéticos y la experiencia de situaciones adversas en la niñez, otro de los factores de riesgo para el consumo se relaciona con el nivel socio-económico, el vecindario de residencia, la inestabilidad de alojamiento o la falta de supervisión o alta permisibilidad (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000; Winstanley et al., 2008). Parece que el uso y consumo de sustancias se relaciona directamente con las oportunidades que se dan de su consumo y uso así como con el estrés que generan ciertas circunstancias vitales (Centro Reina Sofía, 2001b). Toda nuestra muestra de adolescentes pertenecía a la misma área geográfica, de características socio-demográficas similares.

Un factor que se asocia al consumo es la disponibilidad percibida, esto es, el grado de facilidad/dificultad para conseguir bebidas alcohólicas que tienen los jóvenes. En este sentido, en las encuestas realizadas entre jóvenes participantes (ESTUDES) en el año 2004, un 93,8% de los estudiantes de 14-18 años pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran. Otro factor asociado al consumo, pero esta vez en sentido inverso, es la percepción del riesgo, a través de la que se expresa el grado en que se atribuye a una conducta un supuesto peligro para la salud. Así, en 2004, sólo un 41,2% de los jóvenes de 14 a 18 años consideran que el consumo de 5-6 cañas/copas durante el fin de semana puede ocasionarles problemas. De lo que podemos deducir que el consumo de alcohol para este grupo de población es una conducta considerada como «normal». La frecuencia de salidas nocturnas, y el horario de regreso a casa son aspectos íntimamente relacionados con el consumo abusivo y específicamente con las borracheras, el nivel de tolerancia paterna y el estilo educacional se asocian a la probabilidad de ocurrencia de ciertas conductas negativas para el adolescente (Brody, et al., 1999). Es interesante analizar en este tema cuales son las motivaciones que los propios jóvenes expresan en relación al consumo de bebidas alcohólicas y también aquellas que tienen los que no las consumen. En relación con los motivos para consumir, los estudiantes declaran principalmente que lo hacen porque les gusta su sabor (71,0%) y por diversión y placer (63,6%), para sentir emociones nuevas (15,2%) sólo un 15% declara hacerlo para olvidar los problemas personales y un 14,6% para superar la timidez y relacionarse mejor. Entre las razones para no beber destacan los efectos negativos para la salud (57,3%) y la pérdida de control (42,5%). Experiencias adversas en la infancia dan lugar a un desarrollo deficiente del SNC. Se ha estudiado la relación entre el maltrato infantil y por ejemplo, el funcionamiento ejecutivo disminuido, en flexibilidad cognitiva (Spann, et al., 2012) en las implicaciones que estos hechos tienen en la adolescencia y el futuro de ese niño, y que le llevarán a realizar unas determinadas conductas que le lleven a acciones con repercusión cognitiva y futura en general (Brooks et al., 2014).

El presentar un progenitor con problemas de consumo de sustancias está íntimamente relacionado con el consumo, ya sea por imitación, superación de problemas o permisibilidad, y es por ello, que estos hechos hacen que se aumenten de

forma notable los riesgos de consumo y policonsumo en adolescentes, como hemos podido observar en nuestra muestra.

En el **cuarto objetivo** específico del trabajo, quisimos observar si existen antecedentes familiares de consumo de alcohol que puedan estar influyendo en la conducta de consumo de los jóvenes. Según la **hipótesis 4**:

“La presencia de antecedentes familiares de dependencia alcohólica estará asociada con el consumo de alcohol y otras sustancias en los jóvenes evaluados. “

Esta asociación se evidencia en nuestros análisis, comprobándose por lo tanto esta hipótesis.

En nuestra muestra de población, prácticamente la totalidad de aquellos que declararon tener antecedentes familiares de alcoholismo tanto materno, como paterno, consumían alcohol. El 75% de los que tenían una madre con problemas de alcoholismo eran policonsumidores, así como el 55% de aquellos que presentaban un padre con problemas derivados del consumo de alcohol.

6. CONCLUSIONES FINALES

Después de analizados y discutidos los datos presentados, podemos determinar que las principales conclusiones de esta tesis doctoral son:

1. La prevalencia de consumo entre los jóvenes evaluados de la ciudad de Madrid es muy alta, tal y como muestran las encuestas poblacionales. El consumo es elevado tanto en adolescentes que no parecen mostrar ningún tipo de problema, como entre aquellos que acuden a dispositivos de atención específica derivada de su consumo. Además de la alarmante prevalencia de consumo de alcohol, encontramos porcentajes muy altos de policonsumidores.
2. La presencia de maltrato entre los jóvenes evaluados es notable. Sin embargo, son aquellos grupos que se declaran consumidores los que presentan unas mayores prevalencias en todos los tipos de maltrato. En aquellos adolescentes que acuden a dispositivos de ayuda por problemas relacionados con el consumo, los porcentajes de incidencia de maltrato, así como la severidad de ese maltrato doblan a los de aquellos que consumen pero que no consideran ese consumo un problema.
3. La presencia de psicopatología difiere según grupos, puesto que aquellos adolescentes que no consumen presentan bajos o nulos porcentajes de trastornos psiquiátricos. Estas incidencias aumentan considerablemente entre aquellos que consumen, siendo una vez más los porcentajes de prevalencia mayores entre los que buscan ayuda.
4. Los antecedentes familiares de alcoholismo son muy bajos entre los que no consumen, pero bastante altos entre los que sí lo hacen.
5. Los principales factores que se relacionan con el consumo de alcohol se asocian con el género; ser varón aumenta en 5 veces el riesgo, el maltrato infantil; la negligencia emocional aumenta en 17 veces la probabilidad de consumir alcohol y el abuso físico en 10. La presencia de un trastorno de estrés post-traumático multiplica por 25 el riesgo de consumo adolescente y el tener un padre alcohólico lo hace por 3.
6. En cuanto al patrón de policonsumo, como variables moduladoras encontramos factores relacionados con la presencia de maltrato de algún tipo; el abuso sexual aumenta en 16 veces el riesgo, y la negligencia emocional en 11 veces, tanto el

abuso físico como la negligencia física doblan las probabilidades. Los trastornos depresivos multiplican por dos las probabilidades de consumir varias sustancias, así como el hecho de tener un padre alcohólico. Tener una madre con problemas de alcoholismo multiplica por 17 los riesgos de presentar un patrón de policonsumo.

El uso de alcohol y otras sustancias está muy extendido entre los jóvenes de nuestro país. Las encuestas de prevalencia señalan la inmensidad de este hecho, ya que uno de cada 6 adolescentes muestra un patrón de policonsumo de sustancias, y la edad crítica para este tipo de conductas es de entre los 14 y los 15 años (Font-Mayolas, et al., 2013), una edad incluso menor de lo habitual en otros países europeos, por lo que las estrategias de prevención deben ofrecerse de forma temprana.

El poder observar los estilos de consumo de los jóvenes cuando empiezan a consumir y las causas que se asocian a estos hábitos puede ayudarnos en las tareas de prevención o abandono de malos hábitos, que se pueden convertir en crónicos o degenerar en distintos trastornos psiquiátricos. Reducir el estrés, mejorar la capacidad de adaptación, ayudar a manejarse con las distintas emociones y aprender a relacionarse de una forma sana con el entorno son paradigmas necesarios para ayudar a los jóvenes que muestran problemas con el consumo de sustancias.

Debemos tener en cuenta que el consumo masivo de alcohol no siempre es consecuencia de un periodo de rebeldía y experimentación que atraviesan los jóvenes, sino que en muchos casos se asocia a causas y experiencias de alto impacto en la vida de los adolescentes como es el haber sufrido malos tratos o experimentado situaciones adversas en los primeros años de su vida. Asimismo, la presencia de algún tipo de trastorno psiquiátrico marcará la forma de enfrentarse al mundo y a sus propios problemas. Si a estas circunstancias añadimos la convivencia dentro del propio hogar con una persona que muestra problemas de consumo de alcohol, encontraremos adolescentes con unas altas probabilidades de utilizar el consumo de alcohol y de otras

sustancias como forma de evasión, manejo de los problemas, o de enfrentarse a su realidad.

La disponibilidad de consumo siempre será un factor importante a tener en cuenta, pero como se ha estudiado ampliamente en los diferentes organismos relacionados con la infancia y adolescencia, la legislación de control no siempre se asocia a la reducción de la demanda.

El impacto en la salud del consumo de alcohol y de otras drogas, los daños sociales o la pérdida de oportunidades que se relaciona con el abuso de drogas en la juventud no siempre es analizado de forma objetiva, y creemos que es importante para poder desarrollar estrategias e intervenciones que se adecúen a la realidad de los jóvenes y tengan una repercusión directa en su vida y forma de relacionarse con su ambiente, con el objetivo de reducir los daños que se asocian, no sólo al consumo, sino también a los factores que están influyendo en él.

Los costes sociales y económicos del consumo de sustancias y sus consecuencias en el presente y el futuro de los jóvenes, invariablemente justificarán la dedicación al estudio del consumo en la adolescencia, con el objetivo de mejorar las perspectivas de futuro de los jóvenes en situación de riesgo de nuestro país.

6.1. Limitaciones del estudio

Tras realizar la recogida de los datos de las evaluaciones a los adolescentes y el análisis de los resultados obtenidos, hemos querido incidir en algunas limitaciones que deberíamos tener en cuenta para las siguientes investigaciones dentro del mismo campo. Es importante tener en cuenta la trascendencia de examinar las posibles múltiples causas de victimización (poli-victimización) de los adolescentes (Finkelhor, et al., 2007), puesto que los malos tratos comúnmente coocurren y sería deseable el poder tener en cuenta este hecho, puesto que las consecuencias de haber sufrido un tipo de maltrato serán diferentes del hecho de haber sido víctima de más de uno (Shin, Edwards, Heeren, et al., 2009) y su repercusión en salud mental y abuso de sustancias es probable que sea mayor. En nuestro caso, hemos realizado un análisis individual de maltrato, aunque hemos podido comprobar en las frecuencias de maltrato, que es muy común el encontrar asociaciones entre varios.

La recogida de información se realizó en un ámbito clínico, en el que poder garantizar una mayor fiabilidad de los datos, aunque siempre existe la restricción propia de la deseabilidad del participante dentro de la situación de evaluación. Además, los temas relacionados con el consumo de sustancias, el maltrato infantil y la psicopatología requieren un tratamiento especial, y no todos los adolescentes y sus familias están preparados para afrontar estos hechos, por desconocimiento, ocultación, vergüenza o por deseabilidad ante la evaluación.

Asimismo, al tratarse de reportes retrospectivos con respecto al maltrato, es posible que las interpretaciones de eventos trágicos puedan sobre o infra valorarse en las informaciones dadas por los adolescentes. Además, quizás habría que completar las informaciones con otros aspectos del maltrato como la frecuencia, severidad y cronicidad del maltrato, así como la identidad del ejecutor.

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta es el considerar, no sólo las formas de maltrato, sino también las experiencias personales adversas que hayan podido sufrir los adolescentes, puesto que raramente el maltrato ocurre sólo, y suele relacionarse con otras experiencias negativas (Dube, et al., 2001).

6.2. Puntos fuertes del estudio

La principal aportación de este trabajo es que supone un estudio a gran escala, con un tamaño muestral muy representativo no solo de la población comunitaria, sino también de la población clínica. Precisamente la inclusión de este tipo de muestra supone un valor añadido al estudio, ya que tradicionalmente se suele estudiar la prevalencia en población general, olvidando a aquellas personas que al ser conscientes de su problema demandan asistencia por el mismo. Además, ese contexto clínico, aunque sea en cierta forma una situación de mayor discapacidad social, asegura que se hace un estudio mucho más pormenorizado de las variables de personalidad, ansiedad y consumo.

Como puntos a resaltar del presente estudio, destacamos principalmente el tamaño de la muestra que se ha recogido, ya que se ha tratado de una gran labor en la que distintos profesionales han participado, procurando recoger los datos con el mayor rigor y constancia, sin olvidar en ningún momento el tipo de pacientes que estábamos tratando. Con el elevado número de participantes entrevistados hemos podido realizar unos análisis estadísticos muy sensibles que nos permitieran conocer el alcance de situaciones altamente preocupantes como es el consumo de sustancias por parte de los adolescentes de nuestro país, conocer la prevalencia del maltrato infantil que han podido sufrir los jóvenes, ya que podríamos considerar a nuestra muestra representativa de la sociedad y por lo tanto extraer conclusiones válidas y relevantes desde el punto de vista clínico.

Asimismo, el hecho de haber podido realizar un estudio bastante completo de ciertas de las variables influyentes en las conductas de consumo de los adolescentes en nuestro país nos permite conocer más a fondo los antecedentes personales y los factores de riesgo a los que nos enfrentamos en el día a día de la práctica clínica.

En relación a la historia de maltrato de los jóvenes, quisimos hacer un estudio exhaustivo de todos los tipos de maltrato, puesto que como se ha mostrado, no sólo los tipos de abuso como el físico y el sexual influyen en las futuras conductas de consumo de los jóvenes, sino que también los abusos emocionales y la vivencia de situaciones de

negligencia se asocian a ellos. Existe una íntima relación entre las experiencias adversas en la infancia y la presencia de psicopatología. Por esta razón además, realizamos una amplia evaluación de trastornos psiquiátricos, incidiendo en las variables de tipo emocional y de estrés, que correlacionarían con la biografía de los jóvenes que han padecido malos tratos.

Así pues, de este trabajo podemos destacar la amplia evaluación clínica llevada a cabo en la muestra de población, que nos ayuda a comprender mejor los motivos por los que los adolescentes realizan conductas de consumo y analizar las variables que están modulando o influyendo en él. Todos estos datos nos servirán para avanzar en el estudio de la prevención y tratamiento en ámbitos tanto de investigación como clínicos.

6.3. Futuras líneas de investigación y estudio

Tal y como se ha señalado en el apartado anterior, en los próximos trabajos relacionados con esta área de estudio sería deseable el poder superar las limitaciones que ha tenido este trabajo. Puesto que, a pesar de que la recogida de datos se ha querido realizar de modo exhaustivo y con el objetivo de tener un gran alcance en cuanto a las variables que influyen en la conducta de consumo, no sólo de alcohol sino también de otras sustancias en los adolescentes españoles.

- ✓ Observar el alcance, no sólo de los distintos tipos de maltrato por separado, sino también de las combinaciones que a menudo se producen de esos maltratos.
- ✓ Profundizar en los aspectos socio-demográficos relativos a los jóvenes, que influyen en un alto grado en sus conductas y experiencias en cuanto al consumo, y se relacionan directamente con su mantenimiento y con las circunstancias emocionales de los adolescentes.
- ✓ Poder conocer la influencia del consumo de alcohol y de otras sustancias en cuanto al rendimiento a nivel cognitivo. Es decir, sería interesante el poder conocer el alcance del consumo tanto de alcohol como de otras sustancias a nivel neuropsicológico, puesto que, dado que hemos podido observar la alta relación directa que existe entre el consumo adolescente, el haber experimentado situaciones de maltrato, la presencia de ciertas psicopatologías. Y del mismo modo, conocer el nivel de rendimiento académico de los participantes.
- ✓ La realización de estudios de seguimiento de los adolescentes en los años posteriores nos daría mucha información acerca de los patrones de consumo que siguen los jóvenes.
- ✓ Creación de programas de prevención que analicen en profundidad las características de personalidad de los jóvenes y les doten de estrategias para las relaciones interpersonales y el manejo de las propias emociones.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.REFERENCIAS

- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl*, 33(3), 139-147. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.009
- Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse Negl*, 30(10), 1093-1103. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.04.006
- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health*, 98(5), 946-952. doi: 10.2105/ajph.2007.120253
- Afifi, T. O., Henriksen, C. A., Asmundson, G. J., & Sareen, J. (2012). Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry*, 57(11), 677-686.
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., Macmillan, H., & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res*, 45(6), 814-822. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.008
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., . . . Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(3), 174-186. doi: 10.1007/s00406-005-0624-4
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv*, 53(8), 1001-1009.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Comisión. . Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf
- Annenberg Commission on Adolescent Substance Abuse. (2005). *Prevention of substance abuse disorders*. New York: Oxford University Press.

- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse Negl*, 31(4), 393-415. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.09.006
- Arnow, B. A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry*, 65 Suppl 12, 10-15.
- Arruabarrena, M., & De Paúl, J. (2001). *Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Aseltine, R., Jr., & Gore, S. (2000). The variable effects of stress on alcohol use from adolescence to early adulthood. *Subst Use Misuse*, 35(5), 643-668.
- Auerbach-Walker, L. (1988). *Handbook on sexual abuse of children: Assessment and treatment issues*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Barker, G. (2007). *Who discussion papers on adolescence. Adolescents, social support and help-seeking behaviour An international literature review and programme consultation with recommendations for action*. Department of Child and Adolescent Health and Development Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595711_eng.pdf.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., . . . Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord*, 18(2), 193-211.
- Baumberg, B. (2006). The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug Alcohol Rev*, 25(6), 537-551. doi: 10.1080/09595230600944479
- Bechara, A., & Van Der Linden, M. (2005). Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries. *Curr Opin Neurol*, 18(6), 734-739.
- Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2011). Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eat Weight Disord*, 16(2), e113-120.
- Bensley, L. S., Spieker, S. J., Van Eenwyk, J., & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. II. Alcohol and drug use. *J Adolesc Health*, 24(3), 173-180.
- Bernstein, D. P., Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. . San Antonio, TX.

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, 27(2), 169-190.
- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*, 8(10), 737-754.
- Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G., & Patton, G. (2001). Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*, 96(10), 1485-1496. doi: 10.1080/09652140120075215
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., Licht, C. M., Vreeburg, S. A., Smit, J. H., van den Brink, W., . . . Penninx, B. W. (2011). Heavy alcohol use, rather than alcohol dependence, is associated with dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the autonomic nervous system. *Drug Alcohol Depend*, 116(1-3), 170-176. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.12.006
- Bouchery, E. E., Harwood, H. J., Sacks, J. J., Simon, C. J., & Brewer, R. D. (2011). Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. *Am J Prev Med*, 41(5), 516-524. doi: 10.1016/j.amepre.2011.06.045
- Braciszewski, J. M., & Stout, R. L. (2012). Substance Use Among Current and Former Foster Youth: A Systematic Review. *Child Youth Serv Rev*, 34(12), 2337-2344. doi: 10.1016/j.childyouth.2012.08.011
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl*, 27(10), 1205-1222.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988a). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse Negl*, 12(3), 331-341.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988b). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse Negl*, 12(1), 51-59.
- Brody, G. H., Flor, D. L., Hollett-Wright, N., McCoy, J. K., & Donovan, J. (1999). Parent-child relationships, child temperament profiles and children's alcohol use norms. *J Stud Alcohol Suppl*, 13, 45-51.
- Brook, J. S., Finch, S. J., Whiteman, M., & Brook, D. W. (2002). Drug use and neurobehavioral, respiratory, and cognitive problems: precursors and mediators. *J Adolesc Health*, 30(6), 433-441.
- Brooks, S. J., Dalvie, S., Cuzen, N. L., Cardenas, V., Fein, G., & Stein, D. J. (2014). Childhood adversity is linked to differential brain volumes in adolescents with

- alcohol use disorder: a voxel-based morphometry study. *Metab Brain Dis*. doi: 10.1007/s11011-014-9489-4
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., . . . Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*, 197(1), 20-27. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074716
- Bucholz, K. K., Helzer, J. E., Shayka, J. J., & Lewis, C. E. . (1994). Comparison of alcohol dependence in subjects from clinical, community, and family studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 1091-1099.
- Bulik, C. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2001). Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry*, 179, 444-449.
- Burk, L. R., Armstrong, J. M., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., Strauman, T. J., Costanzo, P., & Essex, M. J. (2011). Sex, temperament, and family context: how the interaction of early factors differentially predict adolescent alcohol use and are mediated by proximal adolescent factors. *Psychol Addict Behav*, 25(1), 1-15. doi: 10.1037/a0022349
- Buscemi, J., Murphy, J. G., Martens, M. P., McDevitt-Murphy, M. E., Dennhardt, A. A., & Skidmore, J. R. (2010). Help-seeking for alcohol-related problems in college students: correlates and preferred resources. *Psychol Addict Behav*, 24(4), 571-580. doi: 10.1037/a0021122
- Cabib, S., & Puglisi-Allegra, S. (1996). Different effects of repeated stressful experiences on mesocortical and mesolimbic dopamine metabolism. *Neuroscience*, 73(2), 375-380.
- Calafat, A., Fernandez Gomez, C., Juan, M., & Becona, E. (2007). [Recreational nightlife in Spanish young people as a risk factor in comparison with more traditional ones]. *Adicciones*, 19(2), 125-131.
- Capaldi, D. M., Stoolmiller, M., Kim, H. K., & Yoerger, K. (2009). Growth in alcohol use in at-risk adolescent boys: two-part random effects prediction models. *Drug Alcohol Depend*, 105(1-2), 109-117. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.06.013
- Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., Ross, N. S., Khoury, L., Anderson, G. M., & Price, L. H. (2009). Effect of childhood emotional abuse and age on cortisol responsivity in adulthood. *Biol Psychiatry*, 66(1), 69-75. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.02.030
- Carpintero , E., Soriano, S., Lázaro, S., Del Campo, A., & López, F. (2005). Diseño de un programa para la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes castellano-leoneses. Primera parte: estudio de las variables de riesgo útiles para la intervención educativa. *Memoria de investigación*

- Casswell, S., Pledger, M., & Pratap, S. (2002). Trajectories of drinking from 18 to 26 years: identification and prediction. *Addiction*, 97(11), 1427-1437.
- Catala-Lopez, F., Genova-Maleras, R., Alvarez-Martin, E., Fernandez de Larrea-Baz, N., & Morant-Ginestar, C. (2013). Burden of disease in adolescents and young people in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 6(2), 80-85. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.07.002
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Grucza, R. A., & Bierut, L. J. (2014). Youth tobacco use type and associations with substance use disorder. *Addiction*. doi: 10.1111/add.12567
- CDC. (2004). Alcohol-Attributable Deaths and Years of Potential Life Lost. United States 2001. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) *Weekly*, September 24(53(37)), 866-870. Retrieved from
- Centro Reina Sofía. (2001a). *Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato infantil en la familia en España*. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Retrieved from http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_tal_100_acces.pdf.
- Centro Reina Sofía. (2001b). Maltrato infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía P. S. E. I. Ministerio De Sanidad (Ed.) Retrieved from http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_tal_100_acces.pdf
- Centro Reina Sofía. (2002). Maltrato infantil en la familia: España (1997/1998) S. D. n. 4 (Ed.) *Informe coordinado por Esteban Requena*
- Choi, J., Jeong, B., Rohan, M. L., Polcari, A. M., & Teicher, M. H. (2009). Preliminary evidence for white matter tract abnormalities in young adults exposed to parental verbal abuse. *Biol Psychiatry*, 65(3), 227-234. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.06.022
- Chou, S. P., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Huang, B., Pickering, R. P., Zhou, Y., & Grant, B. F. (2006). The prevalence of drinking and driving in the United States, 2001-2002: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend*, 83(2), 137-146. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.11.001
- Christoffersen, M. N., Armour, C., Lasgaard, M., Andersen, T. E., & Elklit, A. (2013). The prevalence of four types of childhood maltreatment in denmark. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 9, 149-156. doi: 10.2174/1745017901309010149

- Clark, D. B., De Bellis, M. D., Lynch, K. G., Cornelius, J. R., & Martin, C. S. (2003). Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. *Drug Alcohol Depend*, 69(1), 51-60.
- Clark, D. B., Lesnick, L., & Hegedus, A. M. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(12), 1744-1751. doi: 10.1097/00004583-199712000-00023
- Collins, R. L., Ellickson, P. L., & Bell, R. M. (1998). Simultaneous polydrug use among teens: prevalence and predictors. *J Subst Abuse*, 10(3), 233-253.
- Conroy, E., Degenhardt, L., Mattick, R. P., & Nelson, E. C. (2009). Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: Comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group. *Child Abuse Negl*, 33(6), 343-352. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.09.009
- Consulta de la OMS sobre la prevención del maltrato infantil. (1999). Retrieved from
- Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2011). Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(3), 252-261. doi: 10.1016/j.jaac.2010.12.014
- Costello, E. J., Erkanli, A., Federman, E., & Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: effects of timing and sex. *J Clin Child Psychol*, 28(3), 298-311. doi: 10.1207/S15374424jccp280302
- Covault, J., Tennen, H., Armeli, S., Conner, T. S., Herman, A. I., Cillessen, A. H., & Kranzler, H. R. (2007). Interactive effects of the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and stressful life events on college student drinking and drug use. *Biol Psychiatry*, 61(5), 609-616. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.05.018
- Cox, W. M., Gutzler, M., Denzler, M., Melfsen, S., Florin, I., & Klinger, E. (2001). Temptation, restriction, and alcohol consumption among American and German college students. *Addict Behav*, 26(4), 573-581.
- Creighton, S. J. (2004). Prevalence and incidence of child abuse: international comparison. NSPCC.
- Creighton, S. J. (2004). Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons. *Addict Behav*. Retrieved from
- Crowley, M. S., & Seery, B. L. (2001). Exploring the multiplicity of childhood sexual abuse with a focus on polyincestuous contexts of abuse. *J Child Sex Abuse*, 10(4), 91-110.

- Cruz Roja Española. (2010). Juventud, Alcohol y Cocaína. Guía para la intervención Retrieved from <http://www.cruzroja.es/guiajuventud/index.html>
- Damasio, A. R. (1994). Descartes' error and the future of human life. *Sci Am*, 271(4), 144.
- Darke, S., & Torok, M. (2014). The association of childhood physical abuse with the onset and extent of drug use among regular injecting drug users. *Addiction*, 109(4), 610-616. doi: 10.1111/add.12428
- De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 155-170.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreat*, 10(2), 150-172. doi: 10.1177/1077559505275116
- Degenhardt, L., O'Loughlin, C., Swift, W., Romaniuk, H., Carlin, J., Coffey, C., . . . Patton, G. (2013). The persistence of adolescent binge drinking into adulthood: findings from a 15-year prospective cohort study. *BMJ Open*, 3(8), e003015. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003015
- Del Barrio, M., Roa, ML, Olmedo, M, Colodrón, F. . (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicol.*, 1(3), 263-272.
- Díaz, R., Gual, A., García, M., Arnau, J., Pascual, F., Canuelo, B., . . . Garbayo, I. (2008). Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(1), 1-10. doi: 10.1007/s00127-007-0264-2
- DiIorio, C., Hartwell, T., & Hansen, N. (2002). Childhood sexual abuse and risk behaviors among men at high risk for HIV infection. *Am J Public Health*, 92(2), 214-219.
- Dillon, D. G., Holmes, A. J., Birk, J. L., Brooks, N., Lyons-Ruth, K., & Pizzagalli, D. A. (2009). Childhood adversity is associated with left basal ganglia dysfunction during reward anticipation in adulthood. *Biol Psychiatry*, 66(3), 206-213. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.02.019
- Dinwiddie, S., Heath, A. C., Dunne, M. P., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Slutske, W. S., . . . Martin, N. G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychol Med*, 30(1), 41-52.
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. *J Health Soc Behav*, 41(1), 1-19.

- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., . . . Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl*, 28(7), 771-784. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.008
- Donohue, B., Romero, V., Hill, H. . (2006). Treatment of co-occurring child maltreatment and substance abuse. *Aggression and Violent Behavior* 11, 626-640.
- Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *J Consult Clin Psychol*, 53(6), 890-904.
- Doran, C. M., Hall, W. D., Shakeshaft, A. P., Vos, T., & Cobiac, L. J. (2010). Alcohol policy reform in Australia: what can we learn from the evidence? *Med J Aust*, 192(8), 468-470.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl*, 25(12), 1627-1640.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addict Behav*, 27(5), 713-725.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med*, 28(5), 430-438. doi: 10.1016/j.amepre.2005.01.015
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Dube, S. R., Miller, J. W., Brown, D. W., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dong, M., & Anda, R. F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J Adolesc Health*, 38(4), 444 e441-410. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.06.006
- Ducci, F., Enoch, M. A., Hodgkinson, C., Xu, K., Catena, M., Robin, R. W., & Goldman, D. (2008). Interaction between a functional MAOA locus and childhood sexual abuse predicts alcoholism and antisocial personality disorder in adult women. *Mol Psychiatry*, 13(3), 334-347. doi: 10.1038/sj.mp.4002034
- Ducci, F., Roy, A., Shen, P. H., Yuan, Q., Yuan, N. P., Hodgkinson, C. A., . . . Goldman, D. (2009). Association of substance use disorders with childhood

- trauma but not African genetic heritage in an African American cohort. *Am J Psychiatry*, 166(9), 1031-1040. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08071068
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (Eds.). (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- EDADES. (2011-2012). Encuesta Sobre Alcohol Y Drogas En Población General En España Retrieved from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: a general population study. *J Trauma Stress*, 8(4), 629-647.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychol Med*, 36(12), 1769-1778. doi: 10.1017/s0033291706008646
- Enoch, M. A. (2008). The role of GABA(A) receptors in the development of alcoholism. *Pharmacol Biochem Behav*, 90(1), 95-104. doi: 10.1016/j.pbb.2008.03.007
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology (Berl)*, 214(1), 17-31. doi: 10.1007/s00213-010-1916-6
- ESPAD. (2011). ESPAD. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Retrieved from <http://www.espad.org/en/Reports--Documents/ESPAD-Reports/>
- ESTUDES. (2012-2013). Encuesta Estatal Sobre Uso De Drogas En Enseñanzas Secundarias en España Retrieved from http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf
- Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nat Neurosci*, 8(11), 1481-1489. doi: 10.1038/nn1579
- Ezpeleta, J. (2005). *Factores de riesgo de la psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.

- Ezpeleta, L., de la Osa, M., Doménech, JM, Navarro, JB, Losilla, JM. (1995). La Diagnostic Interview for Children and Adolescent-DICA-R: Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Rev de Psiquiatr Fac Med Barc.*, 22, 153-163.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245-258.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*, 88 Suppl 1, S14-26. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.011
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(10), 1355-1364. doi: 10.1097/00004583-199610000-00023
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl*, 31(1), 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Cebrian, N., Salamo, A., Planes, M., & Sullman, M. J. (2013). Types of polydrug use among Spanish adolescents. *Addict Behav*, 38(3), 1605-1609. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.09.007
- Gianoulakis, C., Dai, X., & Brown, T. (2003). Effect of chronic alcohol consumption on the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and pituitary beta-endorphin as a function of alcohol intake, age, and gender. *Alcohol Clin Exp Res*, 27(3), 410-423. doi: 10.1097/01.alc.0000056614.96137.b8
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68-81. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61706-7
- Goldstein, A., Flett, G. L., & Wekerle, C. (2010). Child maltreatment, alcohol use and drinking consequences among male and female college students: An examination of drinking motives as mediators. *Addict Behav*, 35(6), 636-639. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.02.002
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry*, 159(10), 1642-1652.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., . . . Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United

- States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 66(11), 1351-1361.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., & Harford, T. C. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *J Subst Abuse*, 13(4), 493-504.
- Green, C. A., Polen, M. R., Leo, M. C., Perrin, N. A., Anderson, B. M., & Weisner, C. M. (2010). Drinking Patterns, Gender and Health II: Predictors of Preventive Service Use. *Addict Res Theory*, 18(2), 143-159. doi: 10.3109/16066350903398494
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 67(2), 113-123. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.186
- Greenbaum, P. E., Prange, M. E., Friedman, R. M., & Silver, S. E. (1991). Substance abuse prevalence and comorbidity with other psychiatric disorders among adolescents with severe emotional disturbances. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(4), 575-583. doi: 10.1097/00004583-199107000-00008
- Ham, L. S., & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*, 23(5), 719-759.
- Hamburger, M. E., Leeb, R. T., & Swahn, M. H. (2008). Childhood maltreatment and early alcohol use among high-risk adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*, 69(2), 291-295.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(2), 260-273.
- Harkness, K. L., Lumley, M. N., & Truss, A. E. (2008). Stress generation in adolescent depression: the moderating role of child abuse and neglect. *J Abnorm Child Psychol*, 36(3), 421-432. doi: 10.1007/s10802-007-9188-2
- Harrison, P. A., Fulkerson, J. A., & Beebe, T. J. (1997). Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse Negl*, 21(6), 529-539.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 64(7), 830-842. doi: 10.1001/archpsyc.64.7.830

- Heffernan, K., Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Portera, L., & Leon, A. C. (2000). Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addict Behav*, 25(5), 797-803.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., . . . Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284(5), 592-597.
- Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Muller, M., & Rossler, W. (2013). Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: New findings in an old debate. *Eur Psychiatry*, 28(8), 476-482. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.04.004
- Henry, J., Sloane, M., & Black-Pond, C. (2007). Neurobiology and neurodevelopmental impact of childhood traumatic stress and prenatal alcohol exposure. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 38(2), 99-108. doi: 10.1044/0161-1461(2007/010)
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., . . . Gutierrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *J Interpers Violence*, 28(7), 1498-1518. doi: 10.1177/0886260512468240
- Hill, K. G., White, H. R., Chung, I. J., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2000). Early adult outcomes of adolescent binge drinking: person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcohol Clin Exp Res*, 24(6), 892-901.
- Hodson, C., Newcomb, M. D., Locke, T. F., & Goodyear, R. K. (2006). Childhood adversity, poly-substance use, and disordered eating in adolescent Latinas: mediated and indirect paths in a community sample. *Child Abuse Negl*, 30(9), 1017-1036. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.10.017
- Huang, S., Trapido, E., Fleming, L., Arheart, K., Crandall, L., French, M., . . . Prado, G. (2011). The long-term effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood. *Addict Behav*, 36(1-2), 95-102. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.09.001
- Hussey, D. L. (1996). Adolescent substance abuse and sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 29-43.
- Hussey, J. M., Chang, J. J., & Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933-942. doi: 10.1542/peds.2005-2452
- Hussong, A. M., & Hicks, R. E. (2003). Affect and peer context interactively impact adolescent substance use. *J Abnorm Child Psychol*, 31(4), 413-426.

- Hyman, S. E., & Malenka, R. C. (2001). Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nat Rev Neurosci*, 2(10), 695-703. doi: 10.1038/35094560
- Hyman, S. M., Garcia, M., & Sinha, R. (2006). Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 32(4), 655-664. doi: 10.1080/10623320600919193
- Ireland, T. O., Smith, C. A., & Thornberry, T. P. (2002). Developmental issues in the impact of child maltreatment on later delinquency and drug use. *Criminology*, 40, 359-399.
- Jarvis, T. J., & Copeland, J. (1997). Child sexual abuse as a predictor of psychiatric comorbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug Alcohol Depend*, 49(1), 61-69.
- Johnson, D. M., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl*, 25(1), 179-198.
- Johnson, J. L., & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics*, 103(5 Pt 2), 1085-1099.
- Johnston, L., M. O'Malley, P., Bachman, J., Schulenberg, JE. (2007). *Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2006*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., & Schulenberg, J. (2008). *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975– 2007. Secondary school students* Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Johnston, L., & O'Malley, P. M., Bachman, J.G., Schulenberg, J.E. (2012). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2011. *Volume I: Secondary School Students*. Retrieved from
- Jones, M. C. (1971). Personality antecedents and correlates of drinking patterns in women. *J Consult Clin Psychol*, 36(1), 61-69.
- Junta de Castilla y León. (2002). *IV Plan Regional sobre Drogas. 2001-2004*. Valladolid.
- Junta de Castilla y León. (2005). *V Plan Regional sobre Drogas. 2005-2008*. BOCyL.
- Kalivas, P. W. (2009). The glutamate homeostasis hypothesis of addiction. *Nat Rev Neurosci*, 10(8), 561-572. doi: 10.1038/nrn2515

- Kalivas, P. W. C., L.; and KlitenicK, M.A. (1993). The circuitry mediating the translation of motivational stimuli into adaptive motor responses. In P. W. Kalivas, and Barnes, C.D (Ed.), *Limbic Motor Circuits and Neuropsychiatry* (pp. 237-287). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Kaminer, Y. (1999). Adolescent abuse: risk for psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 156(9), 1473.
- Kaminer, Y., Connor, D. F., & Curry, J. F. (2007). Comorbid adolescent substance use and major depressive disorders: a review. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(12), 32-43.
- Kandel, D. B., Johnson, J. G., Bird, H. R., Weissman, M. M., Goodman, S. H., Lahey, B. B., . . . Schwab-Stone, M. E. (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(6), 693-699. doi: 10.1097/00004583-199906000-00016
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(10), 1214-1222. doi: 10.1097/00004583-199910000-00009
- Kaplow, J. B., Curran, P. J., Angold, A., & Costello, E. J. (2001). The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use. *J Clin Child Psychol*, 30(3), 316-326. doi: 10.1207/s15374424jccp3003_4
- Kashdan, T. B., Elhai, J. D., & Frueh, B. C. (2006). Anhedonia and emotional numbing in combat veterans with PTSD. *Behav Res Ther*, 44(3), 457-467. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.001
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(7), 980-988. doi: 10.1097/00004583-199707000-00021
- Kaufman, J., Yang, B. Z., Douglas-Palumberi, H., Crouse-Artus, M., Lipschitz, D., Krystal, J. H., & Gelernter, J. (2007). Genetic and environmental predictors of early alcohol use. *Biol Psychiatry*, 61(11), 1228-1234. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.06.039
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 57(10), 953-959.

- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *Int J Eat Disord*, 25(2), 159-167.
- Kessler, R. C., Anthony, J. C., Blazer, D. G., Bromet, E., Eaton, W. W., Kendler, K., . . . Zhao, S. (1997). The US National Comorbidity Survey: overview and future directions. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 6(1), 4-16.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Stress and alcohol: epidemiologic evidence. *Alcohol Res*, 34(4), 391-400.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., & Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology (Berl)*, 218(1), 1-17. doi: 10.1007/s00213-011-2236-1
- Kidd, T., Hamer, M., & Steptoe, A. (2011). Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress. *Psychoneuroendocrinology*, 36(6), 771-779. doi: 10.1016/j.psyneuen.2010.10.014
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol*, 68(1), 19-30.
- Kim, M. J., & Whalen, P. J. (2009). The structural integrity of an amygdala-prefrontal pathway predicts trait anxiety. *J Neurosci*, 29(37), 11614-11618. doi: 10.1523/jneurosci.2335-09.2009
- King, K. M., & Chassin, L. (2004). Mediating and moderated effects of adolescent behavioral undercontrol and parenting in the prediction of drug use disorders in emerging adulthood. *Psychol Addict Behav*, 18(3), 239-249. doi: 10.1037/0893-164x.18.3.239
- Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev*, 20(2), 149-171.
- Lange, A., Beurs, E., Dolan, C., Lachnit, T., Sjollem, S., Hanewald, G., . (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: Objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 150-158.

- Laslett, A. M., Room, R., Dietze, P., & Ferris, J. (2012). Alcohol's involvement in recurrent child abuse and neglect cases. *Addiction*, 107(10), 1786-1793. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03917.x
- Lau, J. T., Kim, J. H., Tsui, H. Y., Cheung, A., Lau, M., & Yu, A. (2005). The relationship between physical maltreatment and substance use among adolescents: a survey of 95,788 adolescents in Hong Kong. *J Adolesc Health*, 37(2), 110-119. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.08.005
- Lebling, C. (1986). Child abuse as precursor to adult abuse of alcohol and drugs. *Med Law*, 5(3), 239-245.
- Lee, G. A., & Forsythe, M. (2011). Is alcohol more dangerous than heroin? The physical, social and financial costs of alcohol. *Int Emerg Nurs*, 19(3), 141-145. doi: 10.1016/j.ienj.2011.02.002
- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull*, 126(2), 309-337.
- Li, C. S., & Sinha, R. (2008). Inhibitory control and emotional stress regulation: neuroimaging evidence for frontal-limbic dysfunction in psycho-stimulant addiction. *Neurosci Biobehav Rev*, 32(3), 581-597. doi: 10.1016/j.neubiorev.2007.10.003
- Li, T. K. (2000). Pharmacogenetics of responses to alcohol and genes that influence alcohol drinking. *J Stud Alcohol*, 61(1), 5-12.
- López, F., Carpintero, E., Del Campo, A., Lázaro, S., Soriano, S. (2006). Programa Bienestar. *El bienestar personal y social y la prevención del malestar y la violencia*.
- Luczak, S. E., Glatt, S. J., & Wall, T. L. (2006). Meta-analyses of ALDH2 and ADH1B with alcohol dependence in Asians. *Psychol Bull*, 132(4), 607-621. doi: 10.1037/0033-2909.132.4.607
- Luecken, L. J., & Lemery, K. S. (2004). Early caregiving and physiological stress responses. *Clin Psychol Rev*, 24(2), 171-191. doi: 10.1016/j.cpr.2004.01.003
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., . . . Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.
- MacMillan, H. L., Tanaka, M., Duku, E., Vaillancourt, T., & Boyle, M. H. (2013). Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse Negl*, 37(1), 14-21. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.06.005

- Maggs, J. L., Patrick, M. E., & Feinstein, L. (2008). Childhood and adolescent predictors of alcohol use and problems in adolescence and adulthood in the National Child Development Study. *Addiction*, 103 Suppl 1, 7-22. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02173.x
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(4), 554-565. doi: 10.1097/00004583-199704000-00019
- Marmorstein, N. R., White, H. R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Anxiety as a predictor of age at first use of substances and progression to substance use problems among boys. *J Abnorm Child Psychol*, 38(2), 211-224. doi: 10.1007/s10802-009-9360-y
- McCarty, C. A., Rhew, I. C., Murowchick, E., McCauley, E., & Vander Stoep, A. (2012). Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychol Addict Behav*, 26(2), 351-357. doi: 10.1037/a0025630
- McGee, R. A., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: adolescents' perspectives. *Dev Psychopathol*, 9(1), 131-149.
- Meaney, M. J., Brake, W., & Gratton, A. (2002). Environmental regulation of the development of mesolimbic dopamine systems: a neurobiological mechanism for vulnerability to drug abuse? *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 127-138.
- Megías, E., & Elzo, J. (2006). Jóvenes, valores y drogas F.-M. d. S. y. C.-O. S. C. Madrid (Ed.)
- Menard, K. S., Hall, G. C., Phung, A. H., Ghebrial, M. F., & Martin, L. (2003). Gender differences in sexual harassment and coercion in college students: developmental, individual, and situational determinants. *J Interpers Violence*, 18(10), 1222-1239.
- Miller, B. A., Downs, W. R., Gondoli, D. M., & Keil, A. (1987). The role of childhood sexual abuse in the development of alcoholism in women. *Violence Vict*, 2(3), 157-172.
- Miller, J. W., Naimi, T. S., Brewer, R. D., & Jones, S. E. (2007). Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119(1), 76-85. doi: 10.1542/peds.2006-1517
- Mills, R., Alati, R., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2014). Alcohol and tobacco use among maltreated and non-maltreated adolescents in a birth cohort. *Addiction*, 109(4), 672-680. doi: 10.1111/add.12447

- Milner, J. S. (1990). Características familiares del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15.
- Miniño, A. (2010). Mortality among teenagers aged 12-19 years: United States, 1999-2006. *NCHS Data Brief*. Retrieved from
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Guía Sobre Drogas S. G. d. Sanidad. (Ed.) Retrieved from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>
- Moffett, M. C., Vicentic, A., Kozel, M., Plotsky, P., Francis, D. D., & Kuhar, M. J. (2007). Maternal separation alters drug intake patterns in adulthood in rats. *Biochem Pharmacol*, 73(3), 321-330. doi: 10.1016/j.bcp.2006.08.003
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291(10), 1238-1245. doi: 10.1001/jama.291.10.1238
- Molinaro, S., Siciliano, V., Bastiani, L., Gori, M., Vieno, A., Canale, N., . . . Santinello, M. (2011). *Socioeconomic determinants of at-risk and problematic gambling in adolescence: A Multilevel cross-national comparison*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. ESPAD.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*, 91(5), 753-760.
- Moncrieff, J., & Farmer, R. (1998). Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems. *Alcohol Alcohol*, 33(6), 592-601.
- Moran, P., Coffey, C., Chanen, A., Mann, A., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2011). Childhood sexual abuse and abnormal personality: a population-based study. *Psychol Med*, 41(6), 1311-1318. doi: 10.1017/s0033291710001789
- Moran, P., Vuchinich, S., & Hall, N. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse Negl*, 28(5), 565-574. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.12.002
- Moya, C. (2007). Consumo de alcohol en los jóvenes. *Evidencias en Pediatría*, 3.
- Myers, M. G., & Brown, S. A. (1994). Smoking and health in substance-abusing adolescents: a two-year follow-up. *Pediatrics*, 93(4), 561-566.
- Nathan, P. C., Ford, J. S., Henderson, T. O., Hudson, M. M., Emmons, K. M., Casillas, J. N., . . . Oeffinger, K. C. (2009). Health behaviors, medical care, and interventions to promote healthy living in the Childhood Cancer Survivor Study cohort. *J Clin Oncol*, 27(14), 2363-2373. doi: 10.1200/jco.2008.21.1441

- National Comorbidity Survey (NCS). Retrieved from <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2004). *NIAAA Newsletter*. (Winter 2003). Retrieved from http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.htm#council
- Nelson, B. S., & Wampler, K. S. (2002). Further understanding the systemic effects of childhood sexual abuse: a comparison of two groups of clinical couples. *J Child Sex Abus*, 11(3), 85-106.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., . . . Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 59(2), 139-145.
- Nelson, E. C., Lynskey, M. T., Heath, A. C., Madden, P. A., & Martin, N. G. (2010). A family study of adult twins with and without a history of childhood abuse: stability of retrospective reports of maltreatment and associated family measures. *Twin Res Hum Genet*, 13(2), 121-130. doi: 10.1375/twin.13.2.121
- Nestler, E. J. (2005). The neurobiology of cocaine addiction. *Sci Pract Perspect*, 3(1), 4-10.
- Nilsson, K. W., Sjöberg, R. L., Damberg, M., Alm, P. O., Ohrvik, J., Leppert, J., . . . Orelund, L. (2005). Role of the serotonin transporter gene and family function in adolescent alcohol consumption. *Alcohol Clin Exp Res*, 29(4), 564-570.
- Nilsson, K. W., Wargelius, H. L., Sjöberg, R. L., Leppert, J., & Orelund, L. (2008). The MAO-A gene, platelet MAO-B activity and psychosocial environment in adolescent female alcohol-related problem behaviour. *Drug Alcohol Depend*, 93(1-2), 51-62. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.08.022
- Observatorio de la Infancia. (2006). Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos, from <http://www.observatoriodelainfancia.msps.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci*, 9(5), 242-249. doi: 10.1016/j.tics.2005.03.010
- Oesterle, S., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2004). Adolescent heavy episodic drinking trajectories and health in young adulthood. *J Stud Alcohol*, 65(2), 204-212.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Maltrato Infantil. Nota Descriptiva N.º 150. Agosto 2010, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>

- Oshri, A., Tubman, J. G., & Burnette, M. L. (2012). Childhood maltreatment histories, alcohol and other drug use symptoms, and sexual risk behavior in a treatment sample of adolescents. *Am J Public Health, 102 Suppl 2*, S250-257. doi: 10.2105/ajph.2011.300628
- Parada, M., Corral, M., Caamano-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodriguez Holguin, S., & Cadaveira, F. (2011). [Definition of adolescent binge drinking]. *Adicciones, 23*(1), 53-63.
- Pardini, D., Lochman, J., & Wells, K. (2004). Negative emotions and alcohol use initiation in high-risk boys: the moderating effect of good inhibitory control. *J Abnorm Child Psychol, 32*(5), 505-518.
- Pardini, D., White, H. R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adulthood. *Drug Alcohol Depend, 88 Suppl 1*, S38-49. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.014
- Paul, J. P., Catania, J., Pollack, L., & Stall, R. (2001). Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Child Abuse Negl, 25*(4), 557-584.
- Pechtel, P., Lyons-Ruth, K., Anderson, C. M., & Teicher, M. H. (2014). Sensitive periods of amygdala development: the role of maltreatment in preadolescence. *Neuroimage, 97*, 236-244. doi: 10.1016/j.neuroimage.2014.04.025
- Peiró Ripoll, C., Oliver Pece, Jesús, Martín, Paula (2003). Redes Familiares Para La Prevención Manual-Guía De Formadores Retrieved from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/RedesfamiliaresPrevencion.pdf>
- Pettigrew, J., & Burcham, J. (1997). Effects of childhood sexual abuse in adult female psychiatric patients. *Aust N Z J Psychiatry, 31*(2), 208-213.
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *Am J Public Health, 99*(2), 258-263. doi: 10.2105/ajph.2008.139006
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2001). *Drogas: Más Información Menos Riesgos*. Madrid: Ministerio Del Interior. Delegación Del Gobierno Para El Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2005). *Encuesta Estatal sobre drogas en enseñanza secundaria*. Madrid Retrieved from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>.

- Plant, M. A., Plant, M. L., Miller, P., Gmel, G., & Kuntsche, S. (2009). The social consequences of binge drinking: a comparison of young adults in six European countries. *J Addict Dis*, 28(4), 294-308. doi: 10.1080/10550880903182978
- Potthast, N., Neuner, F., & Catani, C. (2014). The contribution of emotional maltreatment to alcohol dependence in a treatment-seeking sample. *Addict Behav*, 39(5), 949-958. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.01.015
- Pruessner, J. C., Champagne, F., Meaney, M. J., & Dagher, A. (2004). Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: a positron emission tomography study using [11C]raclopride. *J Neurosci*, 24(11), 2825-2831. doi: 10.1523/jneurosci.3422-03.2004
- Putnam, F., & Trickett, P. K. (1997). The psychobiological effects of sexual abuse: a longitudinal study. *Ann N Y Acad Sci*, 821, 150-159.
- Raviv, A., Sills, R., & Wilansky, P. (2000). Adolescents' help-seeking behaviour: the difference between self- and other-referral. *J Adolesc*, 23(6), 721-740. doi: 10.1006/jado.2000.0355
- Raviv, A., Vago-Gefen, I., & Fink, A. S. (2009). The personal service gap: factors affecting adolescents' willingness to seek help. *J Adolesc*, 32(3), 483-499. doi: 10.1016/j.adolescence.2008.07.004
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull*, 128(2), 330-366.
- Rettew, D. C., Zannarini, M. C., Yen, S., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Shea, M. T., . . . Gunderson, J. G. (2003). Childhood antecedents of avoidant personality disorder: a retrospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(9), 1122-1130. doi: 10.1097/01.chi.0000070250.24125.5f
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: evidence from an epidemiologic survey. *Drug Alcohol Depend*, 88 Suppl 1, S4-13. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.010
- Rodríguez, E., Ballesteros, J. C., Megías, I., & Rodríguez, M. A. (2008). La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad. FAD. (Ed.)
- Romano, E., & De Luca, R. . (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 55-78.

- Rotheram-Borus, M. J., Mahler, K. A., Koopman, C., & Langabeer, K. (1996). Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *Am J Orthopsychiatry*, 66(3), 390-400.
- Rothman, E. F., Edwards, E. M., Heeren, T., & Hingson, R. W. (2008). Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*, 122(2), e298-304. doi: 10.1542/peds.2007-3412
- Rubino, I. A., Nanni, R. C., Pozzi, D. M., & Siracusano, A. (2009). Early adverse experiences in schizophrenia and unipolar depression. *J Nerv Ment Dis*, 197(1), 65-68. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181925342
- Rubio , G., Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. . (1998). Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. . *Revista Clínica Española*, 198 (1):11-14.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, J. F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Negl*, 24(7), 951-964.
- Saldaña, D., Jiménez, J., Oliva, A. . (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59-68.
- Santor, D. A., Poulin, C., LeBlanc, J. C., & Kusumakar, V. (2007). Online health promotion, early identification of difficulties, and help seeking in young people. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(1), 50-59. doi: 10.1097/01.chi.0000242247.45915.ee
- Sapolsky, R. M. (2000). Stress hormones: good and bad. *Neurobiol Dis*, 7(5), 540-542. doi: 10.1006/nbdi.2000.0350
- Sapolsky, R. M. (2003). Stress and plasticity in the limbic system. *Neurochem Res*, 28(11), 1735-1742.
- Sartor, C. E., Waldron, M., Duncan, A. E., Grant, J. D., McCutcheon, V. V., Nelson, E. C., . . . Heath, A. C. (2013). Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. *Addiction*, 108(5), 993-1000. doi: 10.1111/add.12115
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791-804.

- Scheier, L. M., & Botvin, G. J. (1995). Effects of early adolescent drug use on cognitive efficacy in early-late adolescence: a developmental structural model. *J Subst Abuse*, 7(4), 379-404.
- Schinke, S. P., Schwinn, T. M., & Fang, L. (2010). Longitudinal outcomes of an alcohol abuse prevention program for urban adolescents. *J Adolesc Health*, 46(5), 451-457. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.208
- Schmid, B., Blomeyer, D., Treutlein, J., Zimmermann, U. S., Buchmann, A. F., Schmidt, M. H., . . . Laucht, M. (2010). Interacting effects of CRHR1 gene and stressful life events on drinking initiation and progression among 19-year-olds. *Int J Neuropsychopharmacol*, 13(6), 703-714. doi: 10.1017/s1461145709990290
- Schraufnagel, T. J., Davis, K. C., George, W. H., & Norris, J. (2010). Childhood sexual abuse in males and subsequent risky sexual behavior: a potential alcohol-use pathway. *Child Abuse Negl*, 34(5), 369-378. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.08.013
- Scott, K. M., Smith, D. R., & Ellis, P. M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 67(7), 712-719. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.71
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., and Li, S. . (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress*. Washington, DC.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(32).
- Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N., . . . Wise, S. P. (2008). Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *J Neurosci*, 28(14), 3586-3594. doi: 10.1523/jneurosci.5309-07.2008
- Sher, K. J., Grekin, E. R., & Williams, N. A. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 1, 493-523. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144107
- Shin, S. H., Chung, Y., & Jeon, S. M. (2013). Impulsivity and substance use in young adulthood. *Am J Addict*, 22(1), 39-45. doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.00324.x
- Shin, S. H., Edwards, E., Heeren, T., & Amodeo, M. (2009). Relationship between Multiple Forms of Maltreatment by a Parent or Guardian and Adolescent Alcohol Use. *Am J Addict*, 18(3), 226-234. doi: 10.1080/10550490902786959
- Shin, S. H., Edwards, E. M., & Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addict Behav*, 34(3), 277-280. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.10.023

- Shin, S. H., Hong, H. G., & Hazen, A. L. (2010). Childhood sexual abuse and adolescent substance use: a latent class analysis. *Drug Alcohol Depend*, 109(1-3), 226-235. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.01.013
- Shin, S. H., Hong, H. G., & Jeon, S. M. (2012). Personality and alcohol use: the role of impulsivity. *Addict Behav*, 37(1), 102-107. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.09.006
- Shin, S. H., Hong, H. G., & Wills, T. A. (2012). An examination of pathways from childhood maltreatment to adolescent binge drinking. *Am J Addict*, 21(3), 202-209. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00227.x
- Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clin Psychol Rev*, 22(1), 27-77.
- Smith, G. W., Farrell, M., Bunting, B. P., Houston, J. E., & Shevlin, M. (2011). Patterns of polydrug use in Great Britain: findings from a national household population survey. *Drug Alcohol Depend*, 113(2-3), 222-228. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.08.010
- Spann, M. N., Mayes, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B., . . . Blumberg, H. P. (2012). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychol*, 18(2), 182-189. doi: 10.1080/09297049.2011.595400
- Stockdale, S. E., Wells, K. B., Tang, L., Belin, T. R., Zhang, L., & Sherbourne, C. D. (2007). The importance of social context: neighborhood stressors, stress-buffering mechanisms, and alcohol, drug, and mental health disorders. *Soc Sci Med*, 65(9), 1867-1881. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.045
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N., & Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 27(8), 967-984.
- Taplin, C., Sahoo, S., Li, K., & Krausz, M. R. (2014). Family History of Alcohol and Drug Abuse, Childhood Trauma, and Age of First Drug Injection. *Subst Use Misuse*. doi: 10.3109/10826084.2014.901383
- Taylor, S. E., Seeman, T. E., Eisenberger, N. I., Kozanian, T. A., Moore, A. N., & Moons, W. G. (2010). Effects of a supportive or an unsupportive audience on biological and psychological responses to stress. *J Pers Soc Psychol*, 98(1), 47-56. doi: 10.1037/a0016563
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am*, 25(2), 397-426, vii-viii.

- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*, 27(1-2), 33-44.
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K., & Polcari, A. (2014). Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biol Psychiatry*, 76(4), 297-305. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.09.016
- Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N., & Andersen, S. L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry*, 56(2), 80-85. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.03.016
- Temple, J. R., Shorey, R. C., Fite, P., Stuart, G. L., & Le, V. D. (2013). Substance use as a longitudinal predictor of the perpetration of teen dating violence. *J Youth Adolesc*, 42(4), 596-606. doi: 10.1007/s10964-012-9877-1
- Teunissen, H. A., Spijkerman, R., Prinstein, M. J., Cohen, G. L., Engels, R. C., & Scholte, R. H. (2012). Adolescents' conformity to their peers' pro-alcohol and anti-alcohol norms: the power of popularity. *Alcohol Clin Exp Res*, 36(7), 1257-1267. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01728.x
- Thayer, J. F., Hall, M., Sollers, J. J., 3rd, & Fischer, J. E. (2006). Alcohol use, urinary cortisol, and heart rate variability in apparently healthy men: Evidence for impaired inhibitory control of the HPA axis in heavy drinkers. *Int J Psychophysiol*, 59(3), 244-250. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2005.10.013
- The National Longitudinal Study of Adolescent Health. (2008). The National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health). Add Health — Social, Behavioral, and Biological Linkages Across the Life Course Retrieved from <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth>
- Thornberry, T., Ireland, T., & Smith, C. (2001). The importance of timing: The varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development and Psychopathology*, 13, 957-979.
- Thornberry, T., Moore, M & Christenson, RL. (1985). The effect of dropping out of high school on subsequent criminal behaviour *Criminology*, 23(1), 3-18.
- Tirapu-Ustárroz, J., Landa-González, N., Lorea-Conde, I. (Ed.). (2004). *Cerebro y adicción. Una guía comprensiva.* .
- Tomlinson, K. L., Cummins, K. M., & Brown, S. A. (2013). Social Anxiety and Onset of Drinking in Early Adolescence. *J Child Adolesc Subst Abuse*, 22(2), 163-177. doi: 10.1080/1067828x.2012.747994
- Toneatto, T. (1996). Review of the Personal Experience Inventory A. R. Foundation (Ed.)

- Tottenham, N., & Sheridan, M. A. (2009). A review of adversity, the amygdala and the hippocampus: a consideration of developmental timing. *Front Hum Neurosci*, 3, 68. doi: 10.3389/neuro.09.068.2009
- Triffleman, E. G., Marmar, C. R., Delucchi, K. L., & Ronfeldt, H. (1995). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *J Nerv Ment Dis*, 183(3), 172-176.
- Trocme, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., . . . Holroyd, J. (2010). Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2008: Major Findings. Ottawa, Ontario: Public Health Agency of Canada.
- US Department of Health and Human Services. (2007). *Administration on Children, Youth and Families*.
- Van Niel, C., Pachter, L. M., Wade, R., Jr., Felitti, V. J., & Stein, M. T. (2014). Adverse events in children: predictors of adult physical and mental conditions. *J Dev Behav Pediatr*, 35(8), 549-551. doi: 10.1097/dbp.0000000000000102
- Verdejo-Garcia, A., & Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56 Suppl 1, 48-62. doi: 10.1016/j.neuropharm.2008.07.035
- Verona, E., & Sachs-Ericsson, N. (2005). The intergenerational transmission of externalizing behaviors in adult participants: the mediating role of childhood abuse. *J Consult Clin Psychol*, 73(6), 1135-1145. doi: 10.1037/0022-006x.73.6.1135
- Vizcarro, C., León, D., Garcimarin, J., García, J., Llorente, G., Romero, J., Vargas, JA. . (1986). Aportaciones de un entrevista estructurada (SADS) al acuerdo interjueces en el diagnóstico por medio de los criterios de diagnóstico para la investigación *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 4, 99-114.
- Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Wilsnack, R. W., Wonderlich, S. A., & Kristjanson, A. F. (1999). Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: national survey findings. *Child Abuse Negl*, 23(6), 579-592.
- Volkow, N. D. (2004). The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biol Psychiatry*, 56(10), 714-717. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.07.007
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G. J. (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*, 47 Suppl 1, 3-13. doi: 10.1016/j.neuropharm.2004.07.019
- Wekerle, C., Leung, E., Goldstein, A., Thornton, T., Tonmyr, L. (2009). Substance Use among Adolescents in Child Welfare versus Adolescents in the General Population: A Comparison of the Maltreatment and Adolescent Pathways (MAP) L. S. a. t. O. S. D. U. S. O. Datasets. (Ed.)

- Welsh, M., Pennington, B., & Groisser, D. (1991). A normative-developmental study of executive function: A window on prefrontal function in children. . *Developmental Neuropsychology*, 7, 131-149.
- WHO. (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks W. H. Organization (Ed.) Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- WHO. (2011). Global status report on alcohol and health W. H. Organization (Ed.) Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsr_uprofiles.pdf?ua=1
- WHO. (2014). Centro de Prensa: Nota descriptiva 150: El Maltrato Infantil. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Widom, C. (1994). Childhood victimization and adolescent problem behaviors. In L. M. Ketterlinus RD (Ed.), *Adolescent Problem Behaviors: Issues and Research* (pp. 127– 164). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Widom, C. S., Ireland, T., & Glynn, P. J. (1995). Alcohol abuse in abused and neglected children followed-up: are they at increased risk? *J Stud Alcohol*, 56(2), 207-217.
- Widom, C. S., White, H. R., Czaja, S. J., & Marmorstein, N. R. (2007). Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *J Stud Alcohol Drugs*, 68(3), 317-326.
- Wilks, J., Callan, V. J., & Austin, D. A. (1989). Parent, peer and personal determinants of adolescent drinking. *Br J Addict*, 84(6), 619-630.
- Wills, T. A., & Cleary, S. D. (1999). Peer and adolescent substance use among 6th-9th graders: latent growth analyses of influence versus selection mechanisms. *Health Psychol*, 18(5), 453-463.
- Winstanley, E. L., Steinwachs, D. M., Ensminger, M. E., Latkin, C. A., Stitzer, M. L., & Olsen, Y. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug Alcohol Depend*, 92(1-3), 173-182. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.07.012
- Winters, K. C., & Henly, G.A. . (1989). *Personal Experience Inventory test and manual*. Los Angeles.
- Wisdom, J. P., & Green, C. A. (2004). "Being in a funk": teens' efforts to understand their depressive experiences. *Qual Health Res*, 14(9), 1227-1238. doi: 10.1177/1049732304268657

- Wolfe, D. A. (1985). Child Abusive Parents: An Empirical Review and Analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 462-482.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A. L. (2001). Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(3), 282-289. doi: 10.1097/00004583-200103000-00007
- www.madrig.org. (2013). Retrieved from <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Ayuntamiento/Salud/Adicciones/El-botellon-y-la-salud?vgnextfmt=default&vgnextoid=ea10d01125cd8310VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=d4ea0c5600847010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD#>
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., . . . McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*, 190(8), 510-518. doi: 10.1097/01.nmd.0000026620.66764.78
- Young-Wolff, K. C., Enoch, M. A., & Prescott, C. A. (2011). The influence of gene-environment interactions on alcohol consumption and alcohol use disorders: a comprehensive review. *Clin Psychol Rev*, 31(5), 800-816. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.005
- Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse Negl*. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.008
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A., & Khera, G. S. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Pers Disord*, 14(3), 264-273.
- Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Prev Med*, 40(1), 23-32. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.04.044
- Zucker, R. A. (2006). The developmental behavior genetics of drug involvement: overview and comments. *Behav Genet*, 36(4), 616-625. doi: 10.1007/s10519-006-9070-y

8. ANEXOS

ANEXO I

AUDIT

Cuestionario AUDIT (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989)

-
- 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?**
- (0) Nunca (1) Una vez al mes o menos (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana
- 2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día cualquiera que está tomando alcohol?**
- (0) 1 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7 a 9 (4) 10 ó más
- 3. ¿Con qué frecuencia consume 6 copas o más en una ocasión?**
- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente
- 4. ¿Cuántas veces, durante el último año, observó que no era capaz de dejar de beber una vez que había empezado?**
- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente
- 5. ¿Cuántas veces, durante el último año, ha dejado de cumplir con sus obligaciones a causa del alcohol?**
- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente
- 6. ¿En cuántas ocasiones, durante el último año, ha necesitado tomar una copa por la mañana para poder "arrancar", después de haber consumido gran cantidad de alcohol el día anterior?**
- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente
- 7. ¿Cuántas veces, durante el último año, se ha sentido culpable, o ha tenido remordimientos después de haber bebido?**
- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente
- 8. ¿Con cuánta frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque había estado bebiendo?**
- (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Una vez al mes (3) Una vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente
- 9. ¿Ha tenido algún accidente o ha herido a alguien como consecuencia del consumo de alcohol?**
- (0) No (1) Sí, pero no durante el último año (2) Sí, durante el último año
- 10. ¿Se ha preocupado algún amigo, familiar, médico u otro profesional sobre su consumo de bebidas alcohólicas, o le han que no beba tanto?**
- (0) No (1) Sí, pero no durante el último año (2) Sí, durante el último año
-

ANEXO II

CTQ-SF (Bernstein, 2003)

Instrucciones

Este cuestionario pregunta sobre experiencias que has podido vivir durante tu infancia y/o adolescencia. A pesar de ser preguntas muy personales, por favor, intenta responder a todas con sinceridad. En cada pregunta, pon una X en la opción que mejor describa cómo te sientes.

Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo
1	2	3	4	5

1.	Me faltaba comida.	1	2	3	4	5
2.	Sabía que había alguien que cuidaba de mí y me protegía.	1	2	3	4	5
3.	Personas de mi familia me decían cosas como “estúpido/a”, “vago/a” o “feo/a”.	1	2	3	4	5
4.	Mis padres estaban demasiado bebidos o “colocados” como para cuidar a mi familia.	1	2	3	4	5
5.	Había alguien en mi familia que me ayudó a sentirme importante o especial.	1	2	3	4	5
6.	Tuve que llevar ropa sucia.	1	2	3	4	5
7.	Me sentí querido/a.	1	2	3	4	5
8.	Pensé que mis padres deseaban que yo no hubiese nacido.	1	2	3	4	5
9.	Alguien de mi familia me pegó tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital.	1	2	3	4	5
10.	Personas de mi familia me pegaron tan fuerte que me hicieron morados o marcas.	1	2	3	4	5
11.	Me castigaban con un cinturón, una tabla, una cuerda, o algún otro objeto duro.	1	2	3	4	5
12.	Las personas de mi familia se preocupaban las unas de las otras.	1	2	3	4	5
13.	Personas de mi familia me insultaban o me herían.	1	2	3	4	5
14.	Creo que me maltrataron físicamente.	1	2	3	4	5
15.	Me pegaron o golpearon tan fuerte que se dio cuenta alguien (como un maestro, vecino o médico).	1	2	3	4	5
16.	Sentía que alguien de mi familia me odiaba.	1	2	3	4	5
17.	Las personas de mi familia se sentían próximas unas con otras.	1	2	3	4	5
18.	Alguien intentó tocarme de una forma sexual o intentó que yo le tocara.	1	2	3	4	5
19.	Alguien me amenazó con hacerme daño o mentir sobre mí si no hacía alguna actividad sexual con él/ella.	1	2	3	4	5
20.	Alguien intentó que hiciera actos sexuales o que presenciara actos sexuales.	1	2	3	4	5
21.	Alguien abusó de mí.	1	2	3	4	5
22.	Creo que fui maltratado emocionalmente.	1	2	3	4	5
23.	Había alguien para llevarme al médico cuando lo necesitaba.	1	2	3	4	5
24.	Creo que abusaron de mí sexualmente.	1	2	3	4	5
25.	Mi familia fue una fuente de fuerza y ayuda.	1	2	3	4	5

¡Gracias por tu colaboración!

ANEXO III

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIA PERSONAL (PEI)

(Ítems de muestra - Cuestionario incompleto)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario contiene preguntas sobre ti y tus experiencias personales. Incluyendo algunas preguntas sobre tu experiencia con el alcohol y con otras drogas. Algunas hacen referencia a cuán a menudo ciertas cosas te han ocurrido. En otras se te pregunta en qué medida estás de acuerdo con una determinada oración.

Lee cada pregunta cuidadosamente. Es posible que veas la misma pregunta o preguntas similares más de una vez. Contesta las preguntas tal cual vienen.

Rodea con un círculo tu respuesta. Asegúrate de rodear con un círculo sólo una respuesta para cada pregunta. No hagas marcas que puedan ser confusas. Si cambias una respuesta borra completamente tu primera respuesta.

Asegúrate de contestar todas las preguntas. Por favor, sé franco y honesto. Tus respuestas se mantendrán en privado.

**PARA LAS PREGUNTAS DE LA SIGUIENTE SECCIÓN POR FAVOR RELLENA EL
CÍRCULO**

CORRESPONDIENTE A TU RESPUESTA ELEGIDA

PARTE I

1. ¿Cuántas veces has tomado bebidas alcohólicas (incluyendo cerveza, vino y whisky, licores u otras bebidas blancas)?

- a. En toda tu vida .
- b. En los últimos doce meses
- c. En los últimos 3 meses

2. ¿Cuántas veces (si lo has hecho alguna vez) has consumido marihuana (yerba) o hashish?

- a. En toda tu vida . . .
- b. En los últimos doce meses
- c. En los últimos 3 meses .

3. ¿Cuántas veces (si alguna vez) has consumido LSD ("ácido")?

- a. En toda tu vida
- b. En los últimos doce meses
- c. En los últimos 3 meses . .

4. ¿Cuántas veces (si alguna vez) has consumido algún psicodélico que no sea LSD (como mezcalina, peyote, etc.)?

- a. En toda tu vida
- b. En los últimos doce meses
- c. En los últimos 3 meses

5. ¿Cuántas veces (si alguna vez) has consumido cocaína?

- a. En toda tu vida.
- b. En los últimos doce meses
- c. En los últimos 3 meses

....

PARTE II.

**PARA LAS PREGUNTAS DE LA SIGUIENTE SECCIÓN, POR FAVOR RELLENA EL
CÍRCULO CORRESPONDIENTE A TU RESPUESTA ELEGIDA:**

1. Disfruto al ver una buena película . . .
2. Alguno de los chicos/as con los/as que yo me suelo juntar tienen problemas en la escuela debido a que consumen alcohol u otras drogas
3. No importa lo que pase con mi vida en el futuro
4. A veces me irrito cuando la gente me pide favores
5. Hago amigos/as fácilmente

...

